



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**VIVIAN CARLLA BRILHANTE CHAVES**

**O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:  
RESSIGNIFICANDO SEU PAPEL**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2016**

VIVIAN CARLLA BRILHANTE CHAVES

O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:  
RESSIGNIFICANDO SEU PAPEL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Rocineide Ferreira da Silva

FORTALEZA - CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Chaves, Vivian Carlla Brilhante.

O processo de trabalho do agente comunitário de saúde: ressignificando seu papel [recurso eletrônico] / Vivian Carlla Brilhante Chaves. – 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-Rom contendo o arquivo no formato do trabalho acadêmico com 132 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 x7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva.

1. Agente comunitário de saúde. 2. Processo de trabalho. 3. Estratégia saúde da família. I. Título.

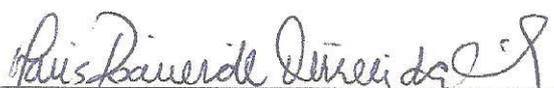
VIVIAN CARLLA BRILHANTE CHAVES

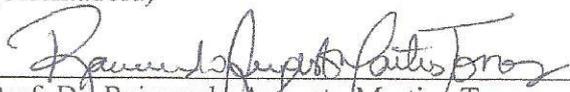
O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:  
RESSIGNIFICANDO SEU PAPEL

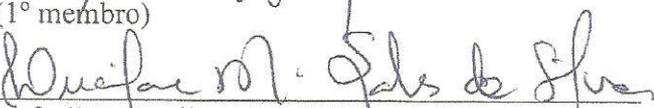
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

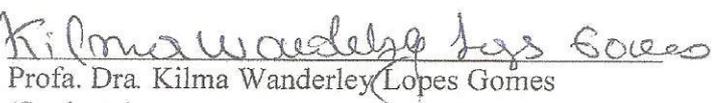
Aprovada em: 03 de outubro de 2016

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva  
(Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Raimundo Augusto Martins Torres  
(1º membro)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Lucilane Maria Sales da Silva  
(2º membro)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Kilma Wanderley Lopes Gomes  
(Suplente)

Este estudo é dedicado a todos os Agentes Comunitários de Saúde, com quem tive o privilégio de trabalhar durante toda a minha vida profissional e em especial aos Agentes Comunitários de Saúde de Quixeré.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que contribuíram para a realização deste estudo.

Agradeço a Deus e minha protetora Nossa Senhora de Fatima.

A minha família e Vladenir que sempre estiveram do meu lado.

A Zilda e Lauro (segunda família), Nívia e Neto que me acolheram com tanto carinho em suas casas por esses dois anos de mestrado.

A minha orientadora, professora Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva, que me guiou sempre com muita sensibilidade.

A Dra. Ana Patrícia Pereira Moraes, coordenadora do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família, nucleadora UECE, bem como professores e funcionários que tornaram este sonho possível.

Aos meus colegas das equipes de Saúde da Família de Quixeré, em especial a do Boqueirão, a equipe do NASF e a comunidade do Boqueirão que me apoiaram e compreenderam minhas ausências.

Ao João Urânio, secretário de saúde de Quixeré e Talyta, coordenadora da Atenção Básica de Quixeré, apoiadores deste meu estudo.

Aos usuários dos serviços de saúde de Atenção Básica de Quixeré, que me receberam tão bem em suas casas.

A minha turma do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família, nucleadora UECE, que por dois anos passaram a ser minha família.

Em especial as minhas colegas Liliane e Marizangela, que me ajudaram em momentos difíceis deste estudo.

Aos colegas Auricélio, Walber, Geane, Inês, Gerlane, Marta e Adriana que também me apoiaram em momentos cruciais.

As amigas Ana Gláucia, Olga e Taísa com suas sugestões e apoio preciosos.

Aos Agentes Comunitários de Saúde de Quixeré.

Aos professores da Banca Examinadora, Dra. Lucilane Maria Sales da Silva, Dr. Raimundo Augusto Martins Torres e Dra. Kilma Wanderley Lopes Gomes

“O ACS não é o trabalhador com um dito perfil proposto nas leis, ou sentidos socialmente construídos, é uma figura múltipla, protagonista do seu trabalho, o que torna ingênuas as concepções que o consideram vítima das amarras de um trabalho engessado, que, na verdade, é produzido, também por ele, no seu agir”.

(GALAVOTE, 2013)

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), a partir da discussão do significado do papel deste profissional, segundo os diversos sujeitos implicados nessa relação de trabalho: ACS, Profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), Usuários e Gestores. O estudo é do tipo exploratório, com abordagem qualitativa e análise de dados através do Discurso do Sujeito Coletivo. É uma pesquisa-ação tendo como produto um Plano de Ação. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com parecer de nº 1.430.326. A coleta dos dados foi realizada por meio de grupo focal e entrevistas. Identificou-se um certo consenso, entre os discursos dos sujeitos, considerando o papel do ACS como um elo mediador, todavia a interpretação dada a essa mediação é diferente, segundo a implicação de cada sujeito. Para os usuários, a mediação do ACS é vista como acesso ao serviço de saúde, produzindo prestígio ou desgaste junto à população, quando o ACS facilita o acesso ou sofre pressão para favorecimentos. Entre os profissionais da ESF o ACS é um mediador, pois facilita o seu trabalho, o que leva a uma horizontalização das relações de poder ou intensificação de conflitos dentro da equipe, dependendo de como essa mediação seja considerada relevante ou acessória na produção do plano terapêutico. Para a gestão, a mediação é vista como um tensionador de reivindicações populares ou um apoio ao governo, na perspectiva da educação. Para o ACS seu papel é mediar os interesses e as necessidades da população junto à equipe. Estas diferentes interpretações contribuem com a confusão e sobrecarga de atribuições do ACS, tendo como causas principais as práticas assistencialistas, com troca de favores, a formação deficiente deste profissional e a relação conflituosa com a gestão, a equipe e a comunidade. O plano de ação foi realizado no sentido de divulgar junto aos sujeitos a legislação do ACS, esclarecendo suas atribuições e discutir as relações de poder dentro da equipe e no território. Na avaliação do plano de ação constatou-se que 56% dos profissionais da ESF do município de Quixeré desconheciam a Lei nº 11.350/2006 que regulamenta as atribuições do ACS e a nº 12.994/2014 que define o piso salarial dos ACS. Durante o plano de ação 100% dos participantes, entre profissionais da ESF, ACS e gestor, afirmaram ter melhorado seu conhecimento quanto ao papel do ACS na ESF.

**Palavras-chave:** Agente comunitário de saúde. Processo de trabalho. Estratégia saúde da família.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the work process of the Community Health Workers, from the discussion of the significance of the role of this professional, according to the different subjects involved in this working relationship: ACS, professionals of the Family Health Strategy (FHS) Users and Managers. The study is an exploratory, with qualitative approach and data analysis through the Collective Subject Discourse. It is a taking action research as a product an Action Plan. It was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Ceará with opinion No. 1,430,326. Data collection was conducted through focus groups and interviews. It was identified certain consensus between the discourse of the subjects, considering the ACS role as a mediator link, but the interpretation given to this mediation is different according to the implication of each subject. For users, the ACS's mediation is seen as access to health services, producing prestige or wear with the population, when the ACS facilitates access or are under pressure to favoritism. Among the FHS professionals, the ACS is a mediator, because it facilitates their work, which leads to a flattening of power relations or intensification of conflicts within the team, depending on how this mediation is considered relevant or accessory in the production of the therapeutic plan. For the management, mediation is seen as a tensioner popular demands or support the government from the perspective of education. For the ACS its role is to mediate the interests and needs of the population with the team. These different interpretations contribute confusion and overload ACS assignments, leading them of welfare practices, exchange of favors, the poor training of the professional and conflict relationship with management, staff and the community. The action plan was carried out in order to disseminate the subject to the ACS law, clarifying their roles and discuss the relations of power within the team and in the territory. In the assessment of the action plan, 56% of ESF professionals in the municipality of Quixeré were unaware of Law 11,350 / 2006, which regulates ACS's attributions and nº 12.994 / 2014, which defines the salary scale of the ACS. During the action plan, 100% of the participants, among professionals of the ESF, ACS and manager, said to have improved their knowledge about the role of the ACS in the FHT.

**Keywords:** Community health workers. Work process. Family health strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Descrição dos passos da Pesquisa - ação.....	38
Figura 2 –	Localização do município de Quixeré.....	39
Figura 3 –	Descrição dos instrumentos de coleta de dados e participantes....	44
Figura 4 –	Descrição dos significados citados nos Discursos dos Sujeitos Coletivos do papel do ACS de mediador (elo).....	76
Figura 5 –	Descrição dos fatores que contribuem para a confusão de atribuições e sobrecarga dos ACS, segundo Grupo de Análise.....	76
Figura 6 –	Descrição dos significados do papel de elo do ACS e sua relação com fatores que prestigiam ou desvalorizam o trabalho do ACS...	77
Figura 7–	Descrição das estratégias de enfrentamento da confusão de atribuições e sobrecarga do trabalho do ACS.....	79
Quadro 1 –	Descrição das equipes da Estratégia Saúde da Família de Quixeré- 2016.....	40
Quadro 2 –	Descrição dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa	42
Gráfico 1 –	Integrantes das equipes da ESF de Quixeré que conhecem as Leis nº 11.380/2006 e nº 12.994/2014 .....	84
Gráfico 2 –	Integrantes das equipes da ESF de Quixeré que conhecem a Portaria nº 2.488/2011.....	85
Gráfico 3 –	Integrantes das equipes da ESF de Quixeré que consultam o ACS para decidir sobre o funcionamento da unidade de saúde	86
Gráfico 4 –	Integrantes das equipes da ESF de Quixeré que referiram que a reunião ajudou a compreender melhor o papel do ACS.....	87

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAPES	Coordenação de Acompanhamento de Pessoal do Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CHW	Community Healty Workers
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PSF	Programa Saúde da Família
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO.....	15
1.2	IMPLICAÇÃO DA PESQUISADORA.....	18
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
2.1	GERAL.....	22
2.2	ESPECÍFICOS.....	22
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: A CONSTITUIÇÃO DE TRILHAS DE SABERES DA LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
3.1	O ACS E O SURGIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	23
3.2	O ACS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL.....	26
3.3	O PAPEL DO ACS NO BRASIL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....	32
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>36</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	36
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	39
4.3	POPULAÇÃO E PARTICIPANTES.....	41
4.4	COLETA DE DADOS.....	43
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	47
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	49
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>50</b>
5.1	A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE QUIXERÉ.....	50
5.2	O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	56
<b>5.2.1</b>	<b>O que existe de comum entre os discursos dos sujeitos.....</b>	<b>56</b>
5.2.1.1	O papel do ACS como elo entre a comunidade e a equipe.....	57
5.2.1.2	A confusão de atribuições.....	61
5.2.1.3	O trabalho do ACS como doação e abnegação.....	63
5.2.1.4	A construção de vínculos.....	65
<b>5.2.2</b>	<b>O encontro dos discursos que se opõem .....</b>	<b>69</b>
5.2.2.1	O papel do ACS é educar X o papel do ACS tem sido transmitir recados	69
5.3	A ANÁLISE COM OS SUJEITOS- O ENCONTRO ENTRE O SABER FORMAL E INFORMAL.....	73

5.3.1	<b>O Grupo de análise.....</b>	73
5.3.2	<b>O seminário e o plano de ação.....</b>	80
5.3.3	<b>A avaliação do plano de ação.....</b>	83
5.3.4	<b>Sugestões a serem apresentadas a gestão.....</b>	90
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	91
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	95
	<b>APÊNDICES.....</b>	99
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	100
	APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA.....	101
	APÊNDICE C – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL 1 (AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE).....	102
	APÊNDICE D – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL 2 (PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA).....	103
	APÊNDICE E – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS GESTORES..	104
	APÊNDICE F – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS....	105
	APÊNDICE G – QUADRO-SÍNTESE DA QUESTÃO 1.....	106
	APÊNDICE H – QUADROS - SÍNTESES DA QUESTÃO 2.....	108
	APÊNDICE I – QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DAS IDEIAS DOS DISCURSOS DA QUESTÃO 2.....	118
	APÊNDICE J – PLANO DE AÇÃO.....	121
	APÊNDICE L – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	123
	APÊNDICE M – BANNER COM AS ATRIBUIÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DISTRIBUÍDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA PREVISTA NO PLANO DE AÇÃO.....	124
	APÊNDICE N – FASE EXPLORATÓRIA - ENCONTROS PARA APROXIMAÇÃO DO OBJETO COM AJUDA DA EQUIPE DO NASF (ACOLHIMENTO, DISCUSSÕES, ALMOÇO E RELAXAMENTO).....	125

APÊNDICE P – SEMINÁRIO COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA ANÁLISE DE RESULTADOS E COM O GRUPO DE ANÁLISE CONSTITUÍDO POR REPRESENTANTES DOS ACS, USUÁRIOS, GESTÃO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	127
APÊNDICE Q – PLANO DE AÇÃO - REUNIÕES NAS UNIDADES DE SAÚDE COM AS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ENTREGA DO BANNER COM AS ATRIBUIÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	128
<b>ANEXO</b> .....	129
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	130

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

No ano de 2016, a estratégia saúde da família faz 22 anos de implantação no Brasil, e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) faz 25 anos, ambos atingiram a maioria, todavia ainda convivem com conflitos existentes desde suas criações: o embate entre a lógica hegemônica biomédica e a implantação de um modelo de atenção que privilegie os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), vigentes desde 1988, assim compreendidos como universalidade, integralidade, equidade e participação social.

Por outro lado, a Política Nacional de Humanização da gestão e atenção do SUS propõe a valorização dos diferentes sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, privilegiando o protagonismo e a corresponsabilidade dos sujeitos, desafiando as equipes a superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. (BRASIL, 2009).

Essa contradição é refletida no ambiente de trabalho das equipes de saúde, onde a atual política de atenção primária reforça a indefinição do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e sua subalternidade na divisão social do trabalho, quando estabelece a educação em saúde como atribuição do ACS, todavia com um caráter reprodutor, tecnicista, baseado na racionalidade médica, onde o ACS a serviço do Estado realiza ações de vigilância e controle (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

Convivemos com o privilégio de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos) em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e das leves (as tecnologias das relações) no processo de trabalho das equipes de saúde, onde a organização do trabalho tem o fluxo voltado à consulta médica e o saber médico estrutura o trabalho dos demais profissionais (FRANCO; MERHY, 2013).

A agenda de atendimento das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda é voltada para ações programáticas e atendimento à demanda espontânea. As visitas, em sua maioria das vezes, voltadas para aqueles onde a doença ou a incapacidade já estão instaladas. Esse fenômeno é perceptível quando

observamos, por parte dos gestores, a indicação de priorizar o pronto-atendimento nas agendas destas equipes, como forma de atender uma demanda reprimida, seja em grandes centros urbanos, como em Fortaleza ou cidades de pequeno porte, como em Quixeré, município de 21.410 habitantes, onde trabalho.

O que testemunhamos é uma crise no sistema hospitalar pelo alto custo dos procedimentos centrados no modelo biomédico e a Estratégia Saúde da Família tentando sobreviver, ora insistindo num modelo programático, biomédico, assemelhando-se a um pronto-atendimento, ora assumindo a produção do trabalho em saúde centrado no trabalho vivo em ato (FRANCO; MERHY, 2013), ou seja, baseado em tecnologias leves, relacionais, como quando propõe um projeto terapêutico discutido com o usuário, onde considera sua subjetividade e o trata como um sujeito implicado e protagonista do seu próprio cuidado.

No meio dessa crise encontra-se o Agente Comunitário de Saúde, um profissional que em sua origem histórica é recrutado dentro da comunidade, por sua capacidade de liderança, tendo sua prática baseada em tecnologias leves, relacionais de construção de vínculos e que atualmente, após sua institucionalização como integrante da equipe de saúde da família, vê-se acuado entre reproduzir o modelo proposto pela equipe ou retornar às suas raízes.

A inserção pública, a criação da profissão do ACS e a regulamentação do trabalho reconfiguram suas funções, papéis e atribuições. As normas institucionais impostas criam certo constrangimento entre trabalhadores, equipe, comunidade forçando o ACS a fazer mediações e concessões (QUEIROS; LIMA, 2012, p. 273).

Esta situação de indefinição de identidade causa sofrimento a esse profissional, em especial, pelo desconhecimento do seu papel pela comunidade, pela própria equipe de trabalho e pela gestão, que o incumbe de atribuições que não são suas.

Bornstein e Stotz (2008a) após uma revisão bibliográfica de artigos sobre o processo de trabalho dos ACS citam como uma das polêmicas mais abordadas a amplitude e ambiguidade no entendimento do papel de mediador deste profissional.

O desvio de função se dá pela compreensão do trabalho do ACS como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redirecionado, segundo as necessidades dos serviços para atividades que supostamente exigem pouca capacitação (FERRAZ; AERTZ, 2005, p. 347; QUEIROS; LIMA, 2012, p. 272).

O processo de trabalho das equipes baseado em tecnologias duras (máquinas e instrumentos) e leve-duras (conhecimento técnico) deslegitima o trabalho dos agentes de saúde, centrado em tecnologias relacionais, produzindo o conceito equivocado de que o conhecimento válido é o realizado no núcleo duro das profissões (FRANCO; MERHY, 2013; GALAVOTE, 2013, p. 582), colaborando com o desprestígio de suas ações.

No encontro com o usuário e suas necessidades de saúde, o ACS pode operar um cuidado-político-afetivo, no qual há ganhos de autonomia por parte do usuário, visto como coautor no campo da produção do trabalho; ou gerir um cuidado-procedimento-centrado, exercido através do emprego de tecnologias duras e leve-duras que, quando mal empregadas, produzem heteronomia (ausência de autonomia) (GALAVOTE *et al.*, 2013).

Alguns autores referem que o trabalho do ACS isolado não é suficiente para produzir um processo de reestruturação produtiva na estratégia saúde da família (FERREIRA *et al.*, 2009) e que é impossível a reorientação de um modelo sem rever formas de gestão de trabalho (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013), mas há aqueles que acreditam que as origens e o processo histórico de formação dos ACS, bem como sua vinculação com as classes populares, colaboram para a evolução da profissão no sentido da incorporação de práticas contra-hegemônicas (QUEIROS; LIMA, 2012) e que o ACS não é um trabalhador com um dito perfil proposto nas leis, mas um protagonista do seu trabalho, o que torna ingênuas as concepções que o consideram vítimas de um trabalho engessado (GALAVOTE *et al.*, 2013).

Diante desse quadro, surge a necessidade de se discutir:

Há um desconhecimento do papel do ACS?

Qual o significado do papel do Agente Comunitário de Saúde dentro da Estratégia Saúde da Família e da comunidade?

Qual a visão dos diversos sujeitos envolvidos nessa relação- agentes comunitários de saúde, usuários, profissionais da estratégia saúde da família e gestores?

Nossa proposta é promover a discussão a fim de ressignificar esse papel, revisitando seu processo de trabalho, que ao longo desses 25 anos tem sofrido tantas modificações, sendo essencial a participação de todos os sujeitos envolvidos.

Campos (2000) propõe uma reconstrução conceitual e prática do trabalho onde além do valor de uso (a utilidade) e o atendimento de necessidades sociais discute-se as necessidades do próprio trabalhador, tanto garantindo-lhe sobrevivência, quanto propiciando-lhe realização pessoal.

Nas diversas pesquisas realizadas com Agentes Comunitários de Saúde, o item mais comumente citado, como fonte de satisfação no trabalho é o reconhecimento profissional (LOPES, 2012; COSTA; FERREIRA, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012; BARALHAS, 2013; COSTA *et al.*, 2012; GALAVOTE *et al.*, 2011), o que aponta como essencial a realização de estudos que considerem a visão dos diversos atores, a fim de contribuirmos para a compreensão do trabalho dos ACS e a legitimação do seu papel diante da sociedade.

Este estudo justifica-se por propor uma discussão do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, envolvendo todos os sujeitos implicados, e ao constituir-se numa pesquisa-ação, tendo como produto um plano de ação, representou uma experiência inusitada dentro da estratégia Saúde da Família do município, ao incentivar o diálogo sobre a circulação de poder na equipe e na comunidade, a partir da resignificação do papel do ACS, proposta pertinente as diretrizes da Política de Humanização da Gestão e Atenção do SUS (BRASIL, 2009).

## 1.2 IMPLICAÇÃO DA PESQUISADORA

Meu primeiro contato com a área da saúde foi através da minha mãe, que atuava como auxiliar de enfermagem, segui seus passos e conclui a faculdade de enfermagem com uma forte tendência para atuar na Saúde Pública, era o ano de 1997 e a proposta do Programa Saúde da Família ia ao encontro das minhas expectativas de trabalhar junto à comunidade. Assim tive a minha primeira experiência residindo e trabalhando com uma colega médica numa comunidade no sertão do Ceará.

Um ano foi bastante para perceber a comunidade como um território de relações de forças, onde cada membro exercia, segundo sua necessidade, um papel de dominante ou de dominado, era assim nas relações conjugais, familiares, desportivas e de trabalho. Ninguém nem tão coitado, nem tão poderoso e todos tão dependentes uns dos outros.

Em 1999 conclui a especialização em Saúde da Família e fui convidada a auxiliar na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família no interior do Tocantins, naquela ocasião tive a oportunidade de participar da seleção de uma turma de Agentes Comunitários de Saúde e de contribuir na sua formação. Sem dúvida, um período de grande aprendizado, onde convivi com potencialidades de líderes natos e ressignificações de valores e conceitos por parte dos agentes em transformação e principalmente por mim.

A imagem do super herói, tão disseminada nos materiais do Ministério da Saúde, (como "os Agentes em Ação"- série de vídeos com instruções para os ACS na área materno-infantil e de doenças infectocontagiosas) como aquele detentor da informação que irá salvar a comunidade, quase me fez míope e após um ano de convivência percebi o Agente Comunitário de Saúde como um indivíduo, membro de sua comunidade com várias normas socioeconômicas e culturais interiorizadas, exposto a riscos e reproduzindo, como todos nós, relações de poder.

Em 2000 retornei ao Ceará, nessa ocasião o Programa Saúde da Família já havia se difundido por todo o país. No ano anterior havia participado da 1º Mostra Nacional do Programa Saúde da Família, e pude presenciar a participação de todas as regiões do País compartilhando experiências inusitadas e pioneiras de trabalho na comunidade.

De 2000 a 2002 integrei a primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Escola de Saúde Pública do Ceará, e de 2002 a 2005 retornei ao trabalho em comunidade na Estratégia Saúde da Família no município de Limoeiro do Norte.

Em 2005, como resposta à situação de precarização dos vínculos trabalhistas dos profissionais do Programa Saúde da Família, a Secretaria de Saúde do Ceará organizou o I Concurso Público Unificado de Base Local no estado para o Programa Saúde da Família, importante passo para a interiorização da estratégia no estado. Particpei e assumi como enfermeira da estratégia saúde da família no município de Quixeré em 2006.

Em 2009 coordenei a Atenção Básica do município de Limoeiro do Norte e atualmente, trabalho numa comunidade rural do município de Quixeré e a relação enfermeira/supervisora e o Agente Comunitário de Saúde é a minha rotina diária de trabalho.

SILVA (2012) refere que o Programa Saúde da Família, adotado no Brasil em 1994, já nasce com grandes contradições: carregando uma nomenclatura que remete a ações verticais hierarquizadas e focadas na doença, todavia com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, agregando princípios como vínculo, responsabilidade sanitária e descentralização.

Inúmeras vezes escutei dos colegas o comentário pejorativo: "Esse PSF é só mais um Programa!"

Em 2006, com a discussão da reestruturação da Política Nacional de atenção Básica optou-se por uma nova terminologia, passando-se de programa para estratégia. Assim a ESF passou a ser pautada como uma política de universalização da cobertura da atenção básica que viabilizasse a reorganização do processo de trabalho em saúde (SILVA, 2012).

A mudança de nomenclatura não transformou da noite para o dia o foco da ação nos serviços e nas relações de trabalho e com os usuários, na verdade o inverso ocorreu, a heterogeneidade de sujeitos, o embate entre a manutenção de um modelo biomédico assistencialista hegemônico e um modelo onde a porta de entrada baseava-se na Atenção Básica e voltado para melhoria de indicadores de saúde abrigava em seu seio mais que uma proposta macropolítica, mas uma proposta micropolítica, onde o protagonismo dos sujeitos e a cogestão dos processos gestavam uma produção de serviços, de afetos e de agir ético segundo o grau de implicação (SILVA, 2012).

E é nesse contexto que os Agentes Comunitários de Saúde surgem, e ao longo desses 25 anos sobrevivem, em meio a esta relação dialética de heterogestão e autogestão, de neutralidade e implicação. Entendendo implicação como a capacidade de transformar a si e a seu lugar social a partir de estratégias de coletivização das experiências e análises (LOURAU, 1993).

Lourau (1993) fala da contradição dialética entre autogestão e heterogestão relacionada com a contradição da neutralidade e implicação. "Na maioria das vezes, vivemos sob a heterogestão, ou geridos por alguém, conferimos a autogestão a outras pessoas como algo natural", o que segundo Lourau, Marx denominou de alienação, e frequentemente amamos a alienação, "pois é muito doloroso a análise de nossas implicações, dos lugares que ocupamos ativamente no mundo".

Perceber minhas implicações é situar-me nesses locais de autogestão/heterogestão a fim de posicionar-me como pesquisadora apta à intervenção.

Aqui sou mulher cidadã, enfermeira trabalhadora da saúde e pesquisadora.

Cidadã que inserida numa sociedade capitalista de modelo econômico neoliberal, voltada para o consumo, como meio principal de concentração de renda, convive com a escassez de políticas públicas de assistência à saúde e valorização da vida, sentindo o reflexo como usuária dos serviços.

Como enfermeira, trabalhadora da saúde, há 19 anos na região Norte-Nordeste, no Sistema Único de Saúde, convivo com a precarização das relações de trabalho em contradição com a propaganda estatal de humanização dos serviços, a política de Saúde do Trabalhador e o real sucateamento das estruturas.

Como pesquisadora, encontro na pesquisa um instrumento legítimo de ação, ao assumir minha autogestão, fazendo um pequeno recorte dentro do universo que configura as relações de trabalho na Atenção Primária em Saúde, nas quais me insiro e sou diretamente afetada, direcionando meu olhar para o ACS, por acreditar que atualmente, este membro da equipe encontra-se numa posição de desprestígio e subalternidade nas relações, o que torna evidente a necessidade de rediscussão de papéis a fim de reconfigurar essas relações.

Daí a necessidade e o interesse por esse estudo, que tem como indagações:

Qual o significado do papel do Agente comunitário de Saúde? Qual a visão dos diversos sujeitos envolvidos nesse processo de trabalho: ACS, profissionais e usuários da estratégia saúde da família e gestores?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Analisar o processo de trabalho do agente comunitário de saúde a partir da discussão sobre o papel deste profissional quando, inserido na estratégia saúde da família do município de Quixeré - CE.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer como ocorreu o processo de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em Quixeré;
- Identificar o significado do papel do agente comunitário de saúde, segundo o próprio agente, usuários, profissionais da estratégia saúde da família e a gestão;
- Promover a discussão, junto aos atores implicados no processo de trabalho do agente comunitário de saúde, a fim de possibilitar uma ressignificação do papel deste profissional dentro da equipe e da comunidade no município de Quixeré.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: A CONSTITUIÇÃO DE TRILHAS DE SABERES DA LITERATURA**

#### **3.1 O ACS E O SURGIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

A figura do trabalhador comunitário de saúde está citada na literatura desde os séculos XVII e XVIII, na Europa, com os movimentos que consolidaram a Medicina Social e institucionalizaram a Saúde Pública, todavia naquele contexto histórico seu papel estava ligado a uma prática educativa normatizadora e disciplinar, necessária à consolidação do Estado que, em plena Revolução Industrial na Europa, necessitava assegurar um contingente populacional minimamente hígido para o trabalho e um meio ambiente salubre a fim de possibilitar a produção de riquezas e a circulação e comercialização dos produtos. O agente social de saúde configurava-se como um inspetor sanitário ou um agente "para pobres" (FLORES; SOUSA; HAMANN, 2008).

Durante a Revolução Industrial o Estado inglês, é assolado por reivindicações populares, devido ao aumento populacional desproporcional e a precária condição de vida da população, em resposta prevê medidas sanitárias com a Lei dos Pobres, implementada ao longo do período de industrialização. Relegaram-se à Lei dos Pobres as questões de Saúde Pública da época, com alguma assistência regular aos indigentes, a fim de mantê-los minimamente hígidos para o trabalho, todavia estabelecendo um cordão sanitário entre ricos e pobres, cabendo aos agentes de saúde: "notificação e apuração das causas de morte, comunicação de epidemias, controle e obrigatoriedade de vacinação (a partir do século XIX) e localização e destruição dos focos de insalubridade" (AGUIAR, 2003; FLORES; SOUSA; HAMANN, 2008).

No século XVIII na França, as condições de vida também se tornaram críticas para as classes mais pobres e a escassez de condições sanitárias ameaçavam toda a população parisiense, o que demandou medidas sanitárias por parte do governo, como quarentena, mudança de hospitais e cemitérios para as periferias, demolições de casas embaixo de pontes para melhorar o fluxo de ar e construção de avenidas. Cabia ao agente de saúde as soluções para o acúmulo de tudo aquilo que constituísse risco para a saúde, como a circulação de bens, da água

e do ar e a provisão, distribuição e alocamento de recursos coletivos, como lavanderias e matadouros (AGUIAR, 2003; FLORES; SOUSA; HAMANN, 2008).

A medicina pré-científica, do século XIX, era vinculada a legitimação do modelo econômico emergente de acumulação de capital, sendo o objeto da prática médica o coletivo de pessoas, já que este era imprescindível como força de trabalho para a acumulação capitalista e necessário à expansão militar e econômica do Estado (AGUIAR, 2003; CARVALHO; BUSS, 2012). Portanto, mesmo tendo como objeto o coletivo e desenvolvendo práticas considerando a lógica de território, as ações eram de caráter sanitário, segregantes ou policialesco com fins político-econômicos.

No final do século XIX a ciência avança no campo da microbiologia e a prática curativa empírica era duramente criticada pelos médicos reguladores adeptos da medicina científica. Em 1910 é elaborado o relatório Flexner onde o mecanicismo- corpo visto como máquina e o biologicismo-causas biológicas das doenças passam a caracterizar a nova concepção médica baseada na ciência cartesiana. Os problemas de saúde passaram a ser problemas médicos e a solução, a cura individual (AGUIAR, 2003).

No Brasil e no mundo as ações coletivas destinadas ao cuidado comunitário primário, emergiram como necessidade social, política e principalmente econômica, somente no século XX (XIMENES NETO, 2007).

Em 1920 com o relatório Dawson temos a primeira referência a noção de Atenção Primária, quando o governo britânico publicou uma proposta de organização dos serviços com base distrital, regionalização e hierarquização em níveis, onde o primeiro nível era formado pelos centros de saúde (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013; CONIL, 2008; STARFIELD, 2002).

A ideia de base distrital já existia em práticas como a "polícia médica" na Alemanha, nos dispensários durante a Revolução Industrial inglesa ou nos centros de saúde norte-americanos do início do século XX, como característica em comum tinham a responsabilidade sobre um distrito ou uma população definida, característica essencial para as práticas de Atenção Primária (CONILL, 2008).

Ocorre no início do século XX a mudança no perfil epidemiológico mundial, caracterizado pela redução da mortalidade e o aumento da morbidade por doenças crônicas e os serviços de saúde assolados pela inflação médica, promovida

pelo modelo flexneriano especializado, curativista e individual já não suportam, nem respondem a nova demanda.

Difunde-se em alguns países, a regionalização dos serviços de saúde e a integração entre a prática clínica e a saúde pública, já defendidas, em algum grau, desde o século XIX, na Alemanha com a Medicina Social; na Inglaterra com os centros de saúde primários propostos por Dawson; na Rússia com o projeto Zemstvo, que estabeleceu uma rede de centros de saúde rurais por todo o país; na China com os médicos de pés descalços; no Canadá com o relatório Lalonde, que traz o conceito de saúde resultante de estilo de vida, condições biológicas, ambiente e serviços de saúde e nos EUA com o fortalecimento da medicina familiar e da medicina comunitária (AGUIAR, 2003).

Na década de 1970, o fim das ditaduras de Franco, na Espanha; de Salazar, em Portugal e os movimentos de libertação das colônias africanas e de democratização da América Latina defendiam a construção de um modelo de atenção à saúde distinto do modelo hegemônico, criticando a especialização e o elitismo médico, propondo práticas populares e maior autonomia (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O contexto do final da década de 1970 propiciou a organização de uma Conferência mundial de Atenção Primária, realizada em 1978, em Alma-Ata com as representações de 134 governos, na ocasião o documento "Declaração de Alma-Ata" foi aprovado, sendo ratificado pela Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde no ano seguinte, que lançou em âmbito mundial a estratégia "Saúde para todos no ano 2000" (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002).

Na declaração de Alma-Ata a Atenção Primária à Saúde é concebida como a atenção à saúde essencial baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação (OMS, 1978; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002; AGUIAR, 2003) pressupõe-se assim, a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, incluindo praticantes de saberes tradicionais (curandeiros e parteiras) e agentes de saúde da comunidade treinados para tarefas específicas, contrapondo-se ao elitismo médico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

É nesse período, entre 1920 a 1990, que a implantação de políticas públicas em respostas as necessidades emergentes de saúde e sob a orientação da

Organização Mundial de Saúde, no sentido de investir em Atenção Primária, favorece o aparecimento do trabalhador comunitário em saúde (FLORES; SOUSA; HAMANN, 2008).

Entre os autores encontramos várias concepções de Atenção Primária a Saúde, mas segundo Conill (2008), duas são predominantes: a de cuidados ambulatoriais na porta de entrada ou a de uma política de reorganização do modelo assistencial, quer seja sob forma seletiva ou ampliada.

A Atenção primária é aquele nível de saúde que oferece a entrada no sistema de serviço de saúde para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. É ela que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

O agente comunitário passa a ter um papel fundamental na organização dos serviços de saúde da Atenção Primária ou de "Atenção Básica" (designação utilizada no Brasil a fim de diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário dos programas de Atenção Primária Seletiva- serviços básicos destinados a populações pobres, difundidos pelas agências internacionais) funcionando como interlocutor entre os serviços e a comunidade, assumindo modelações distintas, segundo os contextos em que são gestados (GIOVANELA, 2012; FLORES; SOUSA; HAMANN, 2008).

### 3.2 O ACS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

Os agentes comunitários de saúde (ACS) do Brasil são representativos de um grupo genericamente denominado na literatura internacional de *community health workers* (CHW), os quais se configuram primeiramente como uma resposta as situações de grandes carências e ausência de serviços de saúde. Exemplos são os trabalhadores comunitários da Rússia do séc. XIX, os membros da comunidade envolvidos com os "médicos de pés descalços" da China, em 1960 e outras experiências na África, Moçambique e Argélia, na metade dos anos de 1970, e Cuba (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

No Brasil, no período colonial, o isolamento, a quarentena e a construção de lazaretos eram práticas instituídas nas Inspetorias de Saúde Pública e no séc. XX, com o advento de epidemias de Febre Amarela, o pessoal de saúde era agrupado em duas seções: "isolamento e expurgo, mediante a remoção de doentes para o hospital e purificação de domicílios e a polícia de focos, responsável pela visita periódica aos domicílios" (FLORES; SOUSA; HAMANN, 2008). Nessa ocasião o agente de saúde remetia a figura do inspetor sanitário.

Na década de 1940, com a instituição do Serviço Especial de Saúde Pública- SESP, houve uma transformação no perfil do ACS. O SESP foi criado através de um acordo entre Brasil e Estados Unidos no contexto de proteção das áreas de produção de matéria-prima para fins militares, especialmente para a Amazônia e Vale do Rio Doce. O embrião do ACS dessa fase foi o visitador sanitário, recebiam uma formação de um ano e meio podendo ascender a educador sanitário, era responsável por uma área específica onde visitava gestantes, crianças, puérperas, e monitorava nascidos, óbitos e portadores de doenças prevalentes (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013; FLORES; SOUSA; HAMANN, 2008). Nesse contexto o ACS assume o papel de educador, mas com a função de substituir os saberes populares e senso comum pelo conhecimento técnico e biomédico.

Entre os anos 1940 e 1960, houve o "período desenvolvimentista", observou-se uma rápida expansão da medicina previdenciária, ocorrendo em 1966 a centralização dos Institutos de Aposentadorias e Pensão no Instituto Nacional de Previdência Social. A saúde no Brasil pautava-se pela dicotomia entre as ações de Saúde Pública e a assistência médica privada, realizada por instituições filantrópicas ou profissionais liberais (AGUIAR, 2003). Aqueles que podiam pagar recorriam ao sistema privado, os contribuintes recorriam aos hospitais cobertos pelo sistema previdenciário e os demais (pobres ou indigentes) não tinham para onde recorrer.

Na década de 1970, período de regime militar e fim do "milagre brasileiro" as tensões sociais eclodiram, e como alternativa ao esgotamento do sistema previdenciário, pautado nos princípios flexnerianos, surge a Medicina Comunitária originária dos Estados Unidos e Inglaterra, mas necessitando ser reformulada e incorporada ao modelo médico brasileiro (AGUIAR, 2003; FLORES; SOUSA; HAMANN, 2008).

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), criado em 1976, é considerado um marco do movimento contra-

hegemônico que viria consolidar a Reforma Sanitária no Brasil e com ele temos a inserção de um trabalhador recrutado dentro da comunidade. O Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas, também baseado na Medicina Comunitária optou pela escolha de professoras como agentes de saúde, reforçando, nessa ocasião, o caráter educativo forjado a esse profissional (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013; AGUIAR, 2003).

A Medicina Comunitária necessitava de uma nova recomposição da força de trabalho em saúde, de modo a adequá-la ao padrão da prática médica hegemônica. Seu formato seria piramidal, com uma distribuição hierarquizada das funções, segundo complexidade de ações. A divisão técnica do trabalho era viabilizada pelos diferentes níveis de capacitação e de responsabilidades, o que também já definia a divisão social do trabalho com a definição de funções intelectuais e manuais. Apesar do discurso de equipe de saúde, o que se viu foi a incorporação de novas práticas cuja validade, ou não, estava condicionada à possibilidade de manipulação do comportamento dos grupos sociais a que se destinavam (FLORES; SOUSA; HAMANN, 2008,).

As funções do Agente de Saúde apresentavam-se predominantemente orientadas para dois elementos estruturais da medicina comunitária: o coletivismo restrito e a participação comunitária. A sua função era predominantemente educativa e suas atribuições de mobilização da comunidade confundia-se com a participação comunitária. Nos moldes recomendados para incentivo à participação, o que na verdade levava era ao coletivismo restrito, cujas características eram: esvaziamento do caráter estrutural dos problemas de saúde, na medida em que se rompia a cadeia entre os problemas locais e os problemas gerais da sociedade e a ausência de canais que possibilitassem uma participação mais ampla e práticas manipuladoras e a conseqüente ausência de participação (FLORES; SOUSA; HAMANN, 2008).

Ao final da década de 1970 e durante os anos 1980, setores populares da sociedade civil, aliados a técnicos de saúde, organizam-se num movimento contra-hegemônico que ficou conhecido como Reforma Sanitária. O Movimento Sanitário Brasileiro incorporou uma releitura da Medicina Comunitária e os ACS sofrem novas influências dos movimentos sociais e instituições como a Igreja, grupos de esquerda e sindicatos. Em Pernambuco a origem dos agentes de saúde, na década de 1970, está relacionada à luta contra pobreza e por melhores condições de vida, em um contexto de resistência militar que teve em Dom Hélder Câmara uma de suas

principais lideranças (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013; FLORES; SOUSA; HAMANN, 2008; QUEIRÓS; LIMA, 2012).

Na década de 1980 a crise econômica assola especialmente a América Latina, a qual se submete as diretrizes do Banco Mundial que propõe como modelo assistencial a APS seletiva, ou seja, a Atenção Primária "como uma cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados a população em situação de maior pobreza" (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 1988 a Constituição Federal é outorgada no Brasil e considera a Saúde como um direito de todos e dever do Estado, o que levou o Banco Mundial a classificar como "idealistas" os compromissos constitucionais assumidos (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Em 1986, na 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde consta a recomendação da "incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado" e no "relatório da 1.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, no mesmo ano, propõe-se que se reveja" a questão do agente comunitário e sua inclusão, sem distorções, como articulador entre comunidades e os serviços de saúde, evitando confuso repasse de responsabilidades" (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013). Essa discussão é o gatilho para a institucionalização do ACS que no futuro passa a configurar-se oficialmente como integrante da equipe de saúde e funcionário público.

No Ceará a experiência do Programa de Agentes de Saúde (PAS) inspirou-se no Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina, realizado em 1975 pela Universidade de Brasília, Fundação Hospitalar do Distrito Federal e Fundação de Serviço Social do Distrito Federal (ÁVILA, 2011a; COELHO; ANDRADE, 2004; LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

Entre 1979 e 1986, o embrião do que seria o trabalho dos ACS já existia como uma experiência exitosa no município de Jucás-Ceará. Oficialmente o trabalho com os ACS inicia-se em 1987, quando a experiência em Jucás dissemina-se por

todo o estado como parte do Programa de Emergência, criado em decorrência da seca, de junho de 1987 a junho de 1988 (ÁVILA, 2011b).

Em 1987 iniciou-se no Ceará um programa emergencial no atendimento às vítimas da seca com 6.000 ACS. Estes foram selecionados dentre as mulheres pobres, responsáveis pelo sustento da casa e com boa comunicação e bom relacionamento com seus vizinhos. A maioria tinha pouco estudo, sendo algumas delas analfabetas. Em 1988 a Emergência foi desativada, todavia a repercussão do trabalho desempenhado pelas agentes de saúde foi tanta que o governo decidiu institucionalizar o agente de saúde por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004; ÁVILA, 2011b; ÁVILA, 2011a).

O Programa foi implantado formalmente no estado do Ceará pelo decreto nº 19.945 de 02 de janeiro de 1988 em 45 municípios, depois da realização de experiências preliminares de cadastramento de mulheres para a tarefa de promoção de saúde, dando ênfase ao atendimento materno-infantil (COELHO; ANDRADE, 2004).

No Ceará, entre 1986 e 1995, houve uma melhoria do indicador de mortalidade infantil, reduzindo de 107,1 para 52 por mil nascidos vivos, evoluindo mais que os índices nacionais, nesta ocasião o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi a principal estratégia destinada a promover mudanças. O sucesso no alcance dessa meta no Ceará foi reconhecido e premiado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância em 1993 (ÁVILA, 2011).

Em 1991, a ideia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi apresentada ao Ministro da Saúde Alcení Guerra, que delegou à Fundação Nacional de Saúde a incumbência de elaboração do projeto (ÁVILA, 2011b). O Programa preconizava o recrutamento do agente entre pessoas da própria comunidade, dotadas de capacidade de liderança, relacionamento interpessoal e de ação política. (VELOSO, 2004).

A proposta do Programa Saúde da Família (PSF), segundo Ávila (2011b), como reforma incremental do SUS, delineia-se em 1993, na Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC) e teve suas diretrizes firmadas em documento oficial em setembro de 1994, tendo nessa ocasião como locais prioritários de implantação os municípios mapeados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada como áreas de maior risco social.

Em 1995, o PSF foi transferido para o Departamento de Assistência e Promoção à Saúde da Secretaria de Assistência à Saúde, passando a ser financiado pelo mecanismo de convênio, perdendo a característica de programa e configurando-se como estratégia de reorganização do sistema de saúde (ÁVILA, 2011b).

Nessa conjuntura, em 2002, com a Lei 10.507 é criada a profissão do Agente Comunitário de Saúde que estabelece a educação em saúde como instrumento para o exercício de suas atividades (BRASIL, 2002). Em 2004, o Ministério da Saúde e da Educação define as competências do ACS no "Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde-o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde".

Em 2006, através da Lei 11.350 ocorre a regulamentação das atividades dos Agentes comunitários de Saúde e Agentes comunitários de Endemias.

O ACS tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2012).

Em 2011 a Portaria nº 2.488 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reitera a educação em saúde no conjunto das atribuições do ACS e em julho de 2014, através da Lei 12.994 é instituído o piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Endemias (BRASIL, 2014).

A inserção pública, a criação da profissão do ACS e a regulamentação do trabalho, reconfiguram suas funções, papéis e atribuições. *"Depois do PSF a função de mediador passa a ser a função de transmissor de recado"*. O saber sofre influência do tecnicismo e o poder passa a ser matéria de disputa, o ACS submetido às normas impostas passa por constrangimentos entre trabalhadores/equipe/comunidade, forçando-o a fazer concessões dentro de um processo conflituoso, tanto na macro quanto na micropolítica. (QUEIRÓS; LIMA, 2012).

Oficialmente a profissão e competências do ACS está institucionalizada no Brasil, todavia a indefinição de seu papel ainda está presente na rotina dos

serviços de saúde, nas falas dos usuários destes serviços e nos desvios de função por parte dos gestores, o que é evidenciado nas publicações científicas.

### 3.3 O PAPEL DO ACS NO BRASIL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Vários estudos já foram realizados a fim de identificar quem é este ator tão singular no Brasil: o Agente Comunitário de Saúde. Acreditando que a compreensão dos papéis que este trabalhador assume perpassa pela análise de todo seu contexto histórico, político, social e de como ele percebe-se e é percebido como sujeito, realizamos um exame a partir de documentos oficiais e produção acadêmica. Foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando os descritores (DeCS): *agente comunitário de saúde e trabalho*, além das palavras-chaves: *mediador, elo, papel e perfil* nos portais de bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, CAPES, bem como nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Foram encontradas 1386 publicações, das quais foram selecionadas para a análise 45 publicações. A pesquisa foi realizada no dia 23 de setembro de 2015.

Alguns estudos foram selecionados para retratar como se dá o processo de trabalho do ACS no Brasil e a tentativa de revelar os vários papéis que este profissional assume ou é percebido dentre seus pares, pelos usuários e equipe de saúde e gestores.

Ávila (2011a), realizou em Uruburetama, Ceará, um estudo com 15 ACS que acompanhavam 19 crianças de zero a 12 meses, de agosto de 2004 a agosto de 2005. O objetivo era identificar as práticas destes agentes. Concluiu que o ACS ao ser inserido na equipe de saúde da família percebe a necessidade de dominar conteúdos e práticas da área médica, reforçados no processo formativo, em detrimento do conhecimento popular (ÁVILA, 2011a).

Oliveira *et al.* (2012), em Quixadá, Ceará, identificou numa pesquisa de abordagem qualitativa junto a 8 ACS da estratégia saúde da família que o trabalho dos ACS é consagrado por possuir um papel essencial na difusão das informações entre comunidade e unidade de saúde, que só se tornaram efetivas por meio da construção de um vínculo forte com a comunidade, deixando de serem percebidos somente como funcionários da saúde pública, passando a ser vistos como amigos ou membros da família.

Queirós e Lima (2012), realizaram em Recife, Pernambuco, um estudo junto a 14 informantes-chaves (indivíduos oriundos do movimento popular, do movimento social, setor legislativo, gestores e pesquisadores) cujo objetivo era analisar a prática do trabalho do ACS. Compreenderam que a ordem dominante tem modificado o trabalho do ACS e, quando não altera a sua prática, tenta modificá-la através dos desvios de função. Já as práticas contra-hegemônicas são respondidas com efeitos repressivos. A institucionalização do trabalho do ACS é um processo conflituoso, já que a prática desenvolvida por ele incorpora saberes e práticas populares que podem gerar tensões.

Costa e Ferreira (2012), em Teresina, Piauí, através de grupos focais junto a 31 ACS, caracterizaram o processo de trabalho destes profissionais. Percebeu-se que entre os ACS, há o entendimento sobre a importância do trabalho que realizam, contudo se sentem desmotivados por não perceberem apoio e reconhecimento, em determinadas situações, da comunidade, da própria equipe e da gestão do município.

Ferreira *et al.* (2009), realizou em Itabuna, Bahia, um estudo de caso, com instrumentos do método cartográfico junto aos ACS com a finalidade de analisar a produção do cuidado. Os resultados apontam para a utilização extensiva de tecnologias leves e leve-duras na produção do cuidado, todavia seu trabalho é subsumido pela lógica do modelo hegemônico, configurando uma permanente disputa entre trabalho vivo em ato e trabalho morto instituído e organizado.

Jesus *et al.* (2014), realizou com 17 usuários na Bahia, uma pesquisa de abordagem qualitativa, com o objetivo de analisar o conhecimento destes sobre a atuação do ACS. Evidenciou o desconhecimento do trabalho do ACS por parte dos usuários, os quais reduzem as ações dos ACS ao caráter biologicista.

Galavote *et al.* (2011), em estudo qualitativo realizado no município de Vitória, Espírito Santo, com 14 ACS verificou que os agentes detêm interpretações diversas sobre o processo de trabalho, com uma idealização de suas competências, o que gera um sentimento de impotência e limitação, necessitando de ferramentas e habilidades que superem o conhecimento técnico.

Meira (2008), realizou em Piraju, São Paulo, um estudo quantitativo e qualitativo com 40 ACS, sete médicos, sete enfermeiros, e 49 usuários do serviço. Tinha como objetivo identificar e confrontar as expectativas quanto ao papel, perfil e capacitação do ACS na percepção dos próprios ACS, profissionais médicos,

enfermeiros e usuários. Constatou que uma porcentagem alta dos entrevistados percebe o ACS como elo entre a equipe de saúde e a comunidade, mas ainda transparecem as indefinições na determinação da função. Evidencia-se a necessidade de um amplo debate a partir das diferentes experiências e controvérsias para legitimar a função do agente de saúde.

Pereira e Baralhas (2011), em estudo qualitativo realizado com 12 ACS em uma cidade do interior paulista, constatou que estes profissionais se destacam como grandes mediadores de tecnologia leve, todavia parecem estar vulneráveis às flutuações de gestão dos municípios, estados e Governo Federal, apresentando inconsistência na ideologia do desempenho do próprio papel perante as famílias e a comunidade.

Fracolli, Gomes e Gryscek (2014), num estudo em Presidente Prudente, São Paulo, junto aos secretários de saúde do Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari concluiu que os gestores desempenham um papel fundamental para a efetivação da competência de promoção pelo ACS e pela equipe de saúde da família. Cidades onde os gestores diferenciavam melhor a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica apresentavam ACS mais engajados nas ações de promoção da saúde.

Também em São Paulo, no município de Marília, Peres *et al.* (2010), analisou os motivos e o significado de ser ACS. Quanto ao significado, constatou-se a interlocução e o vínculo, a possibilidade de ajuda, a orientação e o estímulo à autonomia, além de ações assistencialistas. Concluiu que há necessidade de que as atribuições do ACS sejam definidas e aprimoradas.

Galavote *et al.* (2013), em São Gonçalo, Rio de Janeiro, através de um estudo de caráter qualitativo, busca desvendar o processo de trabalho junto a 10 ACS. O estudo revelou um ACS múltiplo, exposto às afecções das relações que mantém, variando entre o reconhecimento e a submissão às lógicas instituídas, resultando em alegrias e tristeza, aumento e redução da sua potência de agir, respectivamente.

Bornstein e Stotz (2008b), numa pesquisa qualitativa no Rio de Janeiro, junto a nove ACS, duas enfermeiras e dois médicos, no período de outubro a dezembro de 2005, buscou caracterizar as diferentes formas de mediação presentes no cotidiano do ACS. Constatou-se que a forma como cada ACS exerce sua função mediadora é muitas vezes contraditória e depende em parte de opções individuais e

em parte de cobranças institucionais. A função mediadora oscila entre o convencimento e a transformação, sendo que ao assumir o caráter transformador contribui para a mudança do modelo assistencial e tem na educação popular um caminho de fortalecimento.

No interior do Rio Grande do Sul, Costa *et al.* (2012), analisou o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, numa abordagem qualitativa, junto a 23 ACS. Os resultados evidenciaram que os agentes reconhecem como fatores facilitadores em seu cotidiano a comunicação, a formação de vínculo com as famílias atendidas e a valorização/ satisfação do profissional pela comunidade. Tais fatores, provavelmente, estão relacionados à noção de pertencimento do agente à área de atuação, pois esse profissional conhece a comunidade, suas crenças, seus valores e condições de vida, e muitas vezes, apresenta comportamentos semelhantes.

Ferraz e Aertz (2005), realizaram em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, um estudo com 114 ACS e 46 profissionais das equipes de PSF onde identificaram que no cotidiano do trabalho do ACS a principal atividade é a visita domiciliar e a segunda mais desenvolvida é a educação em saúde. Outra atividade intensamente relatada foi o trabalho burocrático de apoio administrativo às equipes de PSF.

Ao analisar as publicações das várias regiões do país constatamos as diferentes maneiras como o ACS percebe seu papel ora como educador, ora como mediador, imerso num processo de institucionalização que o direciona a reproduzir práticas com o privilégio do trabalho morto (burocratizado, sistemático, programático) em detrimento do trabalho vivo (a partir das relações e construção de vínculos).

A falta de reconhecimento é desmotivadora para o ACS, o que foi evidenciado constantemente nas pesquisas, sugerindo a necessidade de legitimação da sua função junto à sociedade, equipe e gestores que ainda desconhecem seu papel, a fim de evitar os desvios de função e a desvalorização, bem como a subalternidade na divisão social do trabalho, junto às equipes de saúde.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo exploratória.

A metodologia qualitativa é abordada procurando focar, principalmente, o social como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem comum ou a “fala” como a matéria-prima desta abordagem, a ser contrastada com a prática dos sujeitos sociais (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 239).

Segundo Gil (1999) as pesquisas exploratórias proporcionam uma visão geral, do tipo aproximativo acerca de determinado fato e tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias.

Trata-se de uma pesquisa-ação.

A pesquisa-ação obriga o pesquisador a implicar-se. Ele percebe como está implicado pela estrutura social na qual ele está inserido e pelo jogo de interesses de outros. Ele também implica os outros por meio do seu olhar singular do mundo. Ele compreende então, que as ciências humanas são, essencialmente, ciências de interações entre o sujeito e o objeto da pesquisa (BARBIER, 2007).

A proposta de trabalhar com a discussão e interação dos vários sujeitos implicados no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, promovendo reflexões que possam motivar transformações, levou-nos a optar pelo método da pesquisa-ação.

Segundo Thiollent (2011), a pesquisa-ação propõe-se a dar aos pesquisadores e grupos de participantes meios de se tornarem capazes de responder com maior eficiência aos problemas da situação em que vivem, numa perspectiva transformadora.

Na pesquisa-ação é indispensável, segundo Barbier (2007) o "Pesquisador-coletivo", grupo formado por pesquisadores e membros da população, interessados em uma ação ligada a reflexão e vinculados à investigação. Este grupo delineará as estratégias de intervenção.

Neste estudo, o grupo “Pesquisador-coletivo” foi denominado “Grupo de análise” composto pela pesquisadora e representantes dos agentes comunitários de saúde, gestores, usuários e profissionais da estratégia saúde da família de Quixeré.

Os integrantes participaram e auxiliaram na articulação e realização de todas as etapas da pesquisa desde a coleta até a avaliação final.

Barbier (2007), esclarece o método da pesquisa-ação, definindo quatro temáticas centrais que devem ser verificadas:

- A identificação do problema e a contratualização;
- O planejamento e a realização em espiral;
- As técnicas da pesquisa-ação,
- A teorização, a avaliação e a publicação dos resultados.

A identificação do problema e a contratualização, trata-se de um 'contrato aberto' que articula "um vaivém entre elaboração intelectual e o trabalho de campo com os atores".

No planejamento e na realização em espiral, o objeto de estudo passa por diferentes etapas: objeto abordado (quando a situação problema é evidenciada), o objeto co-construído (quando é estabelecido o diagnóstico através da escuta sensível e de referenciais teóricos) e o objeto efetuado (produção de dados e elaboração de sentidos).

As técnicas da pesquisa-ação, são as técnicas usuais em Ciências Sociais. Neste estudo foram utilizados o grupo focal e entrevistas semiestruturadas.

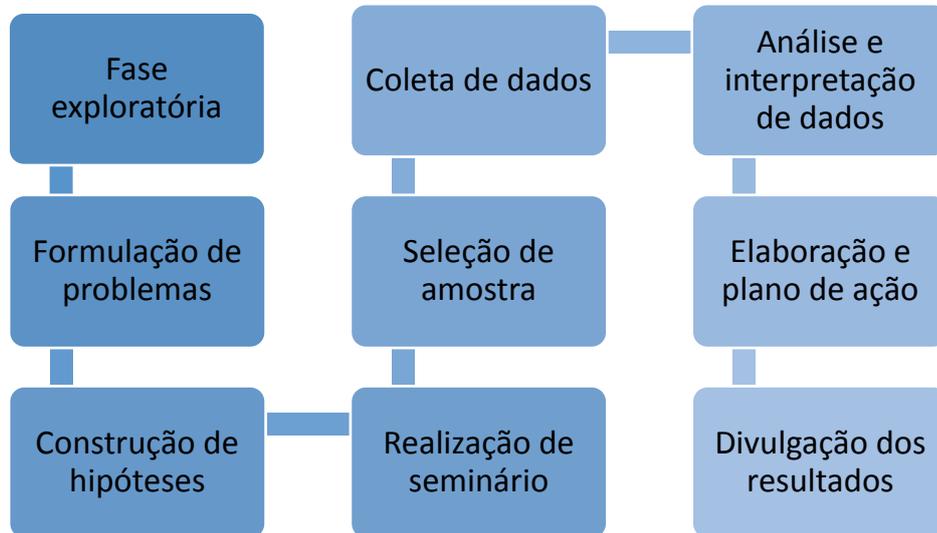
A quarta temática-teorização, avaliação e publicação dos resultados, é o momento de se produzir a teoria a partir da avaliação permanente da ação. A pesquisa em espiral deve ocorrer sempre com a tríade planejamento, avaliação e teorização. A cada fase da pesquisa, a avaliação e a reflexão, antes e depois da ação, estão juntas. É o pesquisador coletivo que propõe as ações ao grupo-alvo, cabendo a este aceitar ou rejeitar. Somente após essa avaliação é que nova ação vai ser proposta ou não, pelo pesquisador coletivo.

A pesquisa-ação chega ao fim quando o problema inicial é resolvido, o que só pode ser afirmado pela população-alvo, neste estudo esta avaliação será feita pelo Grupo de análise, composto por representantes dos sujeitos da pesquisa. A partir daí, teremos a publicação dos resultados que deve considerar os interesses dos implicados (BARBIER, 2007).

O planejamento de uma pesquisa-ação, segundo Thiollent (2011), é muito flexível, não se segue uma série de fases rigidamente ordenadas. Há sempre adaptações em função das circunstâncias e da dinâmica interna do grupo de pesquisadores no seu relacionamento com a situação investigada, todavia Gil

(2002), tenta delinear alguns conjuntos de ações, que embora não ordenados no tempo, podem ser considerados etapas da pesquisa ação:

**Figura 1 – Descrição dos passos da Pesquisa- ação**



Fonte: Elaborada pela autora.

Em primeiro lugar temos a fase exploratória e no final a divulgação dos resultados. Os temas intermediários estão num constante vaivém, o importante é saber que entre o ponto de partida e o de chegada haverá uma multiplicidade de caminhos a serem escolhidos em função das circunstâncias (THIOLLENT, 2011).

Na fase exploratória é importante estabelecer um primeiro levantamento ou diagnóstico da situação, é importante apreciar a viabilidade de uma intervenção do tipo pesquisa-ação e avaliar a aceitação pelos interessados e financiadores. Na fase final, a divulgação dos resultados proporcionará um retorno aos grupos implicados, mediante acordo prévio dos participantes (THIOLLENT, 2011).

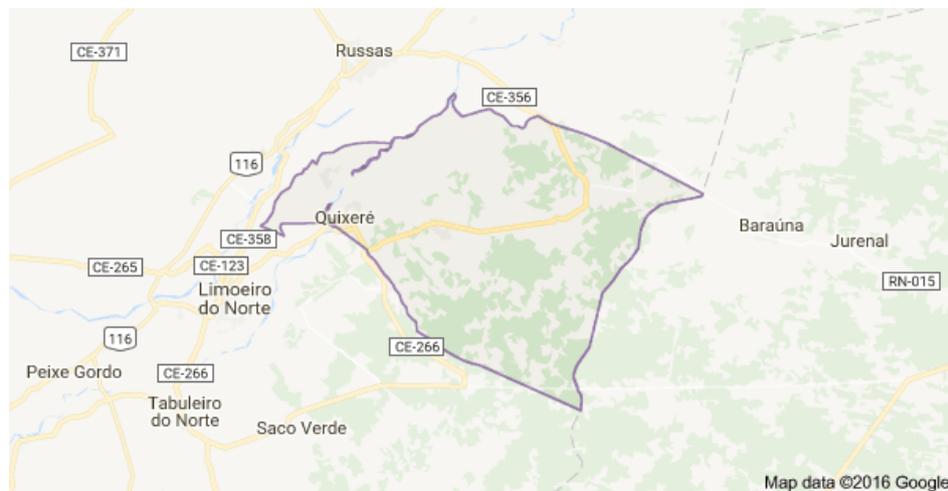
Uma etapa importante é a realização do Seminário. O Seminário deve reunir membros da equipe de pesquisadores e do grupo implicado no problema sob observação e tem como papel examinar, discutir e tomar decisões sobre o processo de investigação (THIOLLENT, 2011). Neste estudo, o Seminário ocorreu na etapa de análise de dados, com a participação de 27 ACS do município, dentre os 50 convidados.

A análise dos dados foi feita de forma colaborativa junto a representantes dos sujeitos pesquisados. Segundo Thiollent (2011) a colaboração que se estabelece entre pesquisadores e participantes proporciona uma aprendizagem conjunta, onde deve-se chegar a um relacionamento adequado entre saber formal e informal na busca de soluções aos problemas colocados. Para a análise colaborativa contamos com o auxílio do Seminário e do Grupo de Análise (Pesquisador-coletivo) e posteriormente tivemos a elaboração e execução do Plano de Ação.

A avaliação ocorreu de forma processual em cada etapa da pesquisa e a divulgação dos resultados foi feita junto à população e comunidade científica, através de participação em eventos científicos e publicação de artigos.

#### 4.2 CAMPO DE ESTUDO

**Figura 2 – Localização do município de Quixeré**



Fonte: <https://www.google.com.br/maps/place/Quixeré>

Este estudo foi realizado no município de Quixeré, no Baixo Jaguaribe, a 212 Km de Fortaleza, com uma população de 21.410 habitantes (IBGE, 2014). Quixeré faz divisa com o estado do Rio Grande do Norte e os municípios de Jaguaruana, Limoeiro do Norte e Russas.

O município faz parte da 10ª Microrregional de Saúde do estado e tem sua Atenção Básica organizada segundo a lógica da estratégia saúde da família dispondo de: nove equipes da estratégia saúde da família (com cobertura de 100% do município), nove equipes de Saúde Bucal, uma equipe de NASF tipo 2, com duas

educadoras físicas, uma assistente social, duas fisioterapeutas, uma nutricionista e um psicólogo. Tem como suporte de Atenção Secundária, um hospital de pequeno porte, com serviços de laboratório e raio X, onde são realizadas consultas de pronto-atendimento e partos naturais. Os pacientes graves e parturientes de risco são encaminhados para os serviços de referência em Limoeiro do Norte. Compondo o sistema de saúde suplementar há no setor privado duas clínicas particulares com atendimento médico especializado e odontológico e dois laboratórios. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde está implantado em Quixeré desde 1991 e cobre 100% do município, sendo que estes agentes constituem junto a sua equipe uma área adstrita de ação da estratégia saúde da família. Atuam no município 50 ACS, 28 vinculadas ao estado e 22 com vínculo municipal.

**Quadro 1 – Descrição das equipes da Estratégia Saúde da Família de Quixeré  
2016**

EQUIPES	ACS	MÉDICO (A)	ENFERMEIRO (A)	ODONTÓLOGO (A)
1. SEDE 1	5	1	1	1
2. SEDE 2	5	1	1	1
3. PONTAL	5	1	1	1
4. LAGOINHA 1	6	1	1	1
5. LAGOINHA 2	7	1	1	1
6. LAGOINHA 3	6	1	1	1
7. TOMÉ	6	1	1	1
8. ÁGUA FRIA	6	1	1	1
9. BOQUEIRÃO	4	1	1	1
TOTAL	50	9	9	9

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Quixeré - 2016

A pesquisa foi realizada com os agentes comunitários de saúde do município integrantes das nove equipes da estratégia saúde da família, bem como, com os atores envolvidos no seu processo de trabalho: médicos, enfermeiros e odontólogos da estratégia saúde da família, gestores e usuários.

O estudo foi realizado neste município por ser o local onde trabalho há nove anos e sinto-me implicada, "implicado é aquele cujo projeto político inclui transformar a si e a seu lugar social, a partir de estratégias de coletivização das experiências e análises" (LOURAU, 1993, p. 85).

### 4.3 POPULAÇÃO E PARTICIPANTES

A população deste estudo foi composta pelos agentes comunitários de saúde e os profissionais das equipes da estratégia saúde da família de Quixeré (médicos, enfermeiros e odontólogos), usuários dos serviços de Atenção Básica Municipal, o Secretário Municipal de Saúde, a Coordenadora Municipal da Vigilância Epidemiológica e a Coordenadora da Atenção Básica do município. A inclusão da Coordenadora da Vigilância Epidemiológica, entre os representantes da gestão, justifica-se pelas ações e planejamento deste setor serem integradas com as da Atenção Básica.

Para a seleção dos participantes junto aos agentes comunitários de saúde e profissionais das equipes da estratégia saúde da família utilizou-se a amostragem intencional.

Segundo Gil (1999), a amostragem intencional "consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população".

Portanto ao serem realizados os convites aos participantes, a prioridade foi dada aqueles que possuíam algum histórico de participação em conselhos de saúde ou associações profissionais, ou exercia alguma liderança junto a sua categoria profissional.

Os pesquisadores costumam recorrer às amostras intencionais ao planejarem amostras de pessoas a serem entrevistadas com alguma profundidade. Este princípio é sistematicamente aplicado na pesquisa-ação. Um pequeno número de pessoas é escolhido intencionalmente em função da relevância que apresentam em relação a um determinado assunto, a partir do consenso dos pesquisadores e participantes (THIOLLENT, 2011).

Thiolent (2011) coloca que a representatividade expressiva (ou qualitativa) é dada por uma avaliação da relevância política dos grupos e das ideias que veiculam dentro de uma certa conjuntura ou movimento.

Foi convidado a participar da pesquisa um ACS de cada equipe da estratégia saúde da família do município, nos casos onde o primeiro convidado recusou, foi convidado outro ACS da mesma equipe, até se constituir um grupo de nove ACS, com representantes de cada uma das nove equipes existentes no município.

Foram convidados três médicos, três enfermeiros e três odontólogos, dentre os profissionais que trabalham nas nove equipes do município, também por amostragem intencional. Os três primeiros médicos que aceitaram participar da pesquisa, bem como os três primeiros enfermeiros e o três primeiros odontólogos constituíram os participantes deste grupo.

O Secretário Municipal de Saúde, a Coordenadora Municipal da Atenção Básica e a Coordenadora Municipal da Vigilância Epidemiológica, representantes da Gestão da Saúde Municipal foram convidados pessoalmente pela pesquisadora a participarem das entrevistas.

Nove usuários do serviço de Atenção Básica Municipal também foram convidados a participar da pesquisa através de entrevistas, segundo os critérios de inclusão descritos no quadro 2.

Na ocasião dos grupos focais e entrevistas os participantes foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e convidados a assinar o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" (APÊNDICE A).

Os critérios de inclusão e exclusão dos participantes estão descritos no Quadro 2.

**Quadro 2 – Descrição dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa**

(continua)

PARTICIPANTES	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
Agentes Comunitários de Saúde	Estar na profissão há pelo menos 1 ano e integrar uma equipe da ESF do município	Estar afastado por licença, férias ou desvio de função
Usuários	Residir em área adstrita de alguma das equipes da ESF municipal há pelo menos 1 ano, ser usuário do serviço da ESF e participar ou ter participado de algum grupo de representação social (Conselho de saúde, Câmara de vereadores, Igreja, etc )	Não há

**Quadro 2 – Descrição dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa**

(conclusão)

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>INCLUSÃO</b>	<b>EXCLUSÃO</b>
Gestores	Estar na Gestão da Saúde do município de Quixeré	Estar afastado por licença ou férias.
Profissionais da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro ou dentista).	Integrar alguma equipe da ESF do município	Estar afastado por licença, férias ou desvio de função.

Fonte: Elaborado pela autora.

O critério de inclusão de estar há pelo menos um ano no serviço ou residindo na área por esse período, utilizados para os grupos de ACS e usuários justifica-se por ser considerado, pela pesquisadora, um período razoável para a integração do ACS com a sua equipe de Saúde da Família e a população da sua área adstrita, não foi considerado para inclusão dos profissionais da estratégia saúde da família (médico, enfermeiro e dentista) e gestores devido a grande rotatividade destes profissionais, já que a maioria tem vínculos temporários, o que dificultaria o estudo com estes participantes.

O critério de inclusão dos usuários de participar ou ter participado de algum grupo de representação social justifica-se por caracterizá-lo como uma liderança ou representante social, o que é importante para definir uma amostragem intencional.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Na pesquisa-ação as principais técnicas utilizadas são a entrevista coletiva e a entrevista individual aplicada de modo aprofundado, sendo que os indivíduos ou grupos são escolhidos em função do plano de amostragem com controle estatístico ou com critérios intencionais (THIOLLENT, 2011, p. 73).

Neste estudo, optamos pela amostragem intencional e como instrumento de coleta de dados foram utilizados os grupos focais e entrevistas.

**Figura 3 – Descrição dos instrumentos de coleta de dados e participantes**



Fonte: Elaborada pela autora.

No dia 7 de abril de 2016 foram realizados os dois grupos focais, segundo roteiros pré-estabelecidos (APÊNDICES C e D):

Grupo focal 1: Com nove agentes comunitários de saúde, pela manhã.

Grupo focal 2: Com oito profissionais da ESF (três médicos, dois enfermeiros e três odontólogos), no período da tarde. Uma participante enfermeira não pode ficar no grupo devido a um imprevisto, tendo que se ausentar.

A opção de selecionar nove participantes para o grupo dos ACS e nove participantes para o grupo dos profissionais da ESF, além de respeitar a amostragem intencional, também foi conveniente para a operacionalização dos grupos focais, método de coleta de dados utilizado junto a estes participantes.

A utilização do grupo focal é uma técnica importante de pesquisa qualitativa, constituindo-se num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos. A discussão é realizada em reuniões de no máximo uma hora e meia, com um pequeno número de informantes (seis a doze). É largamente utilizado em pesquisa qualitativa, seja de forma combinada com entrevistas ou exclusivamente, e fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. O processo do grupo foi coordenado por um facilitador e as discussões foram gravadas em áudio e vídeo para observações e análises posteriores. Também foram feitas anotações no que se refere ao comportamento dos participantes (MINAYO, 2014; GATTI, 2005).

O outro método de coleta de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada.

A entrevista é considerada a técnica por excelência na investigação social. Proporciona informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia. A modalidade semiestruturada obedece a um roteiro e proporciona um apoio na sequência das questões (GIL, 1999; MINAYO, 2014).

As entrevistas, segundo roteiros pré-estabelecidos (APÊNDICES E e F) foram aplicadas a três representantes da Gestão e nove usuários dos serviços ofertados pelas equipes da ESF, respeitados os critérios de inclusão já citados e previamente agendados com os entrevistados.

Cada usuário participante pertencia a cada uma das áreas adstritas de cada uma das nove equipes da estratégia saúde da família do município, tendo sido entrevistados em seus domicílios, no trabalho ou nas unidades básicas de saúde, segundo a conveniência dos mesmos.

A coleta de dados foi realizada de março a abril de 2016, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a transcrição e análise das falas nos meses de maio e agosto de 2016.

## **PROCEDIMENTOS DA PESQUISA-AÇÃO**

### **FASE EXPLORATÓRIA:**

Consiste em um primeiro levantamento da situação. Nos primeiros contatos com os interessados são identificadas as expectativas, os problemas da situação, as características da população e outros aspectos que fazem parte do diagnóstico (THIOLLENT, 2011). Nesta fase foram realizados três encontros (APÊNDICE N) com o grupo de agentes comunitários de saúde da unidade básica de saúde do Boqueirão, equipe que a pesquisadora integra como enfermeira, a fim de uma maior aproximação com uma amostra da população. Nos encontros ficou evidente a insatisfação dos ACS pelo não reconhecimento do seu trabalho, o que levou a pesquisadora a delimitar a temática do estudo- o processo de trabalho do agente comunitário de saúde.

## FORMULAÇÃO DOS PROBLEMAS E HIPÓTESES

Na pesquisa-ação, os problemas colocados são inicialmente de ordem prática. Trata-se de procurar soluções para se chegar a um objetivo ou realizar uma possível transformação da situação observada (THIOLLENT, 2011). Diante do diagnóstico realizado junto aos agentes comunitários de saúde foi ratificada a necessidade de analisar o processo de trabalho do ACS, a partir da discussão do significado do seu papel, inserido na estratégia saúde da família, objetivo da pesquisa delineado na fase de construção do projeto.

Surgiram alguns questionamentos:

- Havia um desconhecimento do papel do ACS?
- Qual o significado dado pelos diversos sujeitos do papel do ACS?

O passo seguinte foi investigar como cada sujeito compreendia o papel do ACS dentro da estratégia saúde da família.

## COLETA DE DADOS E SELEÇÃO DE AMOSTRAS

A coleta de dados foi feita através de dois grupos focais e doze entrevistas. A seleção dos participantes da coleta foi feita após pactuação com representantes dos agentes comunitários de saúde, utilizando os critérios de inclusão, previamente definidos.

## GRUPO DE ANÁLISE E SEMINÁRIO:

A análise foi realizada de forma colaborativa, com a participação dos sujeitos da pesquisa. Após a análise pela pesquisadora do material coletado, através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), os resultados foram discutidos junto aos integrantes do Seminário (que contou com a participação de 27 ACS) e o Grupo de Análise (Pesquisador-coletivo), constituído por sujeitos participantes da fase de coleta de dados: três agentes comunitários de saúde, uma representante da gestão, um usuário, dois profissionais da ESF e a pesquisadora. Dessa forma buscou-se uma aproximação entre o saber formal e informal na busca de soluções para construção do Plano de Ação.

## PLANO DE AÇÃO

O plano de ação foi construído a partir da necessidade de divulgação junto aos sujeitos (ACS, profissionais da ESF, gestores e usuários) da legislação e atribuições dos ACS, a partir de estratégias construídas no Grupo de Análise e no Seminário.

### AVALIAÇÃO:

A avaliação processual foi feita sistematicamente durante todas as etapas da pesquisa-ação e a avaliação formal foi realizada através da aplicação de um instrumento junto às equipes da ESF, durante a realização do Plano de Ação, o qual foi consolidado e discutido na reunião de avaliação final, junto ao Grupo de Análise.

### DIVULGAÇÃO EXTERNA:

A divulgação foi feita através de encontros com os profissionais da ESF e apresentação dos banners informando sobre a pesquisa. Está previsto, numa segunda etapa, a divulgação junto à Gestão, em sessão na Câmara de vereadores, junto aos usuários com atividades educativas nas unidades básicas de saúde, com a utilização dos banners e através de um vídeo “Você sabe qual o papel do Agente Comunitário de Saúde?” a ser divulgado via redes sociais. Haverá também a divulgação junto à comunidade científica, através de publicação de artigo e apresentação em eventos científicos.

## 4.5 ANÁLISE DE DADOS

O material coletado, através das entrevistas com representantes da gestão e dos usuários e por meio dos grupos focais, realizados com os ACS e os profissionais de saúde, foram transcritos e analisados com base no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Para a análise com base no Discurso do Sujeito Coletivo seguimos os passos orientados por Lefèvre e Lefèvre (2003) com a utilização dos Instrumentos de Análise de Discurso (IAD) 1 e 2, onde são identificadas as expressões-chaves

(transcrições literais do discurso) e as ideias centrais (descrição do sentido de um depoimento) e posteriormente construídos os Discursos dos Sujeitos Coletivos-DSC (discurso-síntese redigido em primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chaves que tem a mesma ideia central ou ancoragem). Não utilizamos as ancoragens (manifestação de uma teoria, ideologia ou crença). Utilizamos também os quadros- sínteses, recomendado pelos autores, quando há mais de um discurso do sujeito coletivo (DSC) por questão.

As duas questões analisadas através do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC foram:

1. Como ocorreu a implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde em Quixeré, segundo a visão de todos os sujeitos entrevistados?
2. Qual o papel do Agente Comunitário de Saúde, segundo a visão de todos os sujeitos entrevistados?

Para a questão 1 foi produzido um quadro síntese com cinco ideias centrais e seus respectivos discursos (APÊNDICE G) e para a questão 2 foram produzidas quatro quadros-sínteses (um para cada sujeito) com as ideias e seus respectivos discursos (APÊNDICE H).

Na questão 2, após a confecção dos quadros-sínteses, foram listadas as 16 ideias centrais (APÊNDICE I) que produziram os discursos (DSC) e assinaladas quem as citaram entre usuários, gestores, profissionais das ESF e ACS. A partir daí foi possível identificar as ideias citadas em comum pelos quatro sujeitos e aquelas que pareciam constituir contradições. Esta análise orientou a discussão do capítulo 2.

Posteriormente foi realizada a análise colaborativa, durante o Seminário, que contou com a participação de vinte e sete ACS, e junto ao Grupo de Análise (Pesquisador-coletivo), constituído por sujeitos participantes da fase de coleta de dados: três agentes comunitários de saúde, uma representante da gestão, um usuário, três profissionais da ESF e a pesquisadora.

Thiollent (2011) propõe a técnica da comparação das temáticas a ser aplicada em pequenos grupos de estudos com participação de pesquisadores e membros da população considerada, buscando meios de intercompreensão, em especial entre saber formal e informal. Nesta técnica os grupos de participantes são levados a descrever o problema e buscar explicações e soluções, posteriormente compara-se as temáticas e discute-se as divergências e convergências, ampliando-se os universos de representações.

Um dos objetivos da pesquisa-ação é resolver um problema prático, por isso ao final da etapa de análise de dados foi elaborado o plano de ação, segundo viabilidade e factibilidade verificados dentre os participantes, a fim de contribuir com a melhoria do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

A definição das diretrizes do plano de ação, execução e avaliação foi feita junto ao Grupo de Análise (Pesquisador coletivo).

A avaliação foi processual e formal através de instrumento (APÊNDICE L) de avaliação previsto no Plano de Ação.

Durante a descrição dos Resultados e Discussão, ao surgir no texto um DSC, este apresentará identificado abaixo e entre parênteses a identificação dos sujeitos que contribuíram com esse DSC, da seguinte forma: ACS representados pela letra A, representantes da Gestão letra G, profissionais de saúde pela letra P e usuários pela letra U.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Considerando o estabelecido pela resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, os critérios éticos foram obedecidos, sendo que, a coleta de dados somente foi realizada após terem sido prestados esclarecimentos do propósito da pesquisa e da conduta ética adotada pelas pesquisadoras, a fim de resguardar a privacidade e assegurar o anonimato aos informantes, com o auxílio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Foi solicitado junto ao secretário de saúde municipal autorização para a realização da pesquisa dentro do município, por meio do Termo de Anuência (APÊNDICE B).

O projeto que deu origem a essa dissertação foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sendo aprovado conforme número de parecer 1.430.326 (ANEXO A).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado a todos os participantes da pesquisa, esclarecendo sobre a pesquisa e assegurando o anonimato dos mesmos, que após a aceitação dos termos assinaram concordando em contribuir com a pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE QUIXERÉ

A experiência com os agentes comunitários de saúde em Quixeré, ocorreu no início da década de 1990, como estratégia para enfrentamento de secas e enchentes, integrando o plano de emergência da gestão estadual (ÁVILA, 2011b; LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

Em 91, já tinha agentes de saúde, só do estado, coordenado por uma visitadora sanitária da FUNASA, eles começaram por conta do problema da seca, através de uma seleção, onde líderes comunitários que tinham um vínculo e já moravam nas áreas há mais de 2 anos foram selecionados, com o papel de realizarem visitas domiciliares, acompanhavam as famílias e quem tinha hanseníase, tuberculose e vacina. Era basicamente isso aí e a questão sanitária e no trabalho de educação em saúde (G1, G2, G3).

As primeiras agentes comunitárias foram selecionadas entre as líderes comunitárias e eram coordenadas por uma visitadora sanitária da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) antigo SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) sob os moldes da assistência sanitária de modelo norte-americano, ofertando o pacote GOBI (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013) sigla em inglês de G- Growthmonitoring (acompanhamento do crescimento), O - Oral Rehydration (reidratação oral), Breastfeeding (aleitamento materno) e Immunization (imunização) proposto pela UNICEF na década de 1980, sob as diretrizes da Atenção Primária Seletiva, modelo recomendado pelo Banco Mundial para a América Latina, a fim de viabilizar um serviço de saúde menos oneroso e direcionado para o controle sanitário das populações mais carentes.

Quando começou, o foco era trabalhar na prevenção de doenças, era no período da emergência, tínhamos que ir até onde estava a turma trabalhando, os cassacos, deixar um analgésico, AAS infantil, remédios pra verme, remédio caseiro que a gente fazia e levava. Nas enchentes e nas secas era o agente de saúde que estava responsável para dar nomes de pessoas com muita carência, entregar roupa, o leite e o farelo de trigo, pegava esses meninos pequenos e ia banhar e tirava esses piolhos, fazer vacina de campanha, de gotinha nas crianças, saía de casa em casa. O nosso trabalho era muito difícil, eu já trabalhava na pastoral da criança, já tinha aquelas outras orientações, quantas vezes eu tive de ficar uma manhã inteira fazendo soro e na época de reisado angariava dinheiro pra comprar gotinhas que dão ao recém-nascido com cólicas, além disso, fazíamos reuniões na comunidade, palestra com gestante e até curativo (A2, A3, A5, A6, A7, A8).

O serviço prestado a população era de cunho assistencialista, com utilização de um trabalhador não qualificado e mais barato, conveniente a crise capitalista com desemprego estrutural predominante nas décadas de 1980 a 1990, utilizando-se de práticas sanitárias e de enfermagem (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013; JESUS *et al.*, 2014).

Trabalho com agentes de saúde há 22 anos e sou do PSF há 20 anos, iniciei aqui no município como supervisora do Programa de Agentes de Saúde, nesse tempo era só uma supervisora para todos os agentes de saúde, antigamente o trabalho deles era todo voltado para os indicadores do SIAB, era pesar a criança, acompanhar a gestante, fazer visitas às gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculosos, hansenianos, monitorar e orientar quanto ao aleitamento materno, antigamente eles faziam curativos e o banho do bebê, do recém-nascido (P2, P3, P4, P7).

A prática da assistência do ACS direcionada a grupos de risco é evidenciada não apenas pelos profissionais das ESF mais antigos, mas também pelos usuários que mesmo não tendo vivenciado a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no município, ao serem questionados quanto ao seu primeiro contato com o ACS, lembraram fases do seu ciclo de vida como infância ou gestação, os dois grupos de risco considerados prioritários num serviço de saúde que reproduz as diretrizes de uma Atenção Primária Seletiva.

Lembro que minha agente de saúde passava na minha casa, pra pesar, avisar vacina, quando eu me mudei pra cá, em 2002, que apareceu essa agente de saúde, lembro-me de quando eu tinha cinco anos, quando eu estava grávida e na minha segunda gravidez (U2, U3, U6, U7, U9).

A abordagem educativa repassada pela visitadora era do tipo vertical, tentando substituir o saber popular pelo conhecimento técnico e práticas sanitárias (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013; BORNSTEIN; STOTZ, 2008b), como retrata o discurso do ACS.

Pegava esses meninos pequenos, sujos, tudim com uma bomba e ia banhar e tirava esses piolhos; outra vez teve um senhor, que quando eu sai da casa dele, ele foi lá na minha casa e disse: Olha eu não dei umas tapas na sua esposa agora, ela lá com uma história, querendo que minha esposa, ensinando minha esposa a dar de mamar e a minha esposa não quer e ela lá insistindo. Quando Tasso resolveu criar o agente de saúde ele chamou nós de meninas dos olhos da comunidade, quer dizer eu sou necessária, não importa que você não me queira (A6,A8).

A propaganda governista do Estado do Ceará (ÁVILA, 2011b) difundiu o ACS como “a menina dos olhos da comunidade” conferindo a estas profissionais grandes responsabilidades para a mudança de hábitos da população, concentrando ações de promoção na perspectiva de mudanças nos estilos de vida e não reforçando a singularidade das comunidades nos seus modos de viver. O modelo da FUNASA fazia com que os ACS reproduzissem práticas sanitárias impositivas junto à população, todavia algumas oriundas da Pastoral da Criança, grupo da Igreja Católica com influência da Educação Popular, contribuiu para uma prática mista pelos ACS, ora vertical, de repasse de “verdades” técnico-científicas, ora democrática, com o uso do saber popular e formando parcerias com benzedadeiras e parteiras, a fim de construir o vínculo com a comunidade.

Mais tarde o governo federal reproduziria o discurso de educação vertical com a divulgação do material para a formação “Agentes em Ação” onde o ACS é visto como um super-herói que chega para salvar a população de suas próprias práticas inapropriadas. Costa e Ferreira (2012) citam num estudo realizado com ACS no Piauí a sobrecarga de responsabilidades dada ao ACS, visto como um super-herói e a necessidade de definir suas atribuições dentro da equipe.

No decorrer dos anos, no município de Quixeré, o processo de seleção dos ACS sofreu modificações, passando por contratações temporárias até a seleção pública, como define a Lei Federal nº 12.994 de 2014. No passado quem designava o ACS era a comunidade, atualmente o processo seletivo é quem dá legitimidade (QUEIRÓS; LIMA, 2012), reforçando a institucionalização deste profissional.

Eu tenho nove anos de agente comunitário de saúde, mas tudo nosso foi diferente, a partir da seleção, a nossa seleção foi uma prova, não foi uma seleção de juntar os líderes da comunidade, fazia a prova, você passou, você tirou mais pontos e aí, daí você vai saber o que é o agente comunitário de saúde, entrei assim, jogada, só “pêi e bufo”, menino quase que eu desisto, porque eu não sabia nada, não tive preparação de nada (A1, A4).

De acordo com os ACS, não havia uma formação para eles, pois, segundo a Lei 11.350 de 2006 era exigido apenas um curso introdutório, sendo que alguns, sem nenhuma experiência no trabalho em comunidade, pensaram em desistir, outros agentes citaram como positivo a formação no Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, em 2007, resultado de uma estratégia do Ministério da Saúde e de Educação de formação profissional em nível técnico do ACS.

Em 2004 o Ministério da Educação e da Saúde lançam o Referencial Curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde, definindo as competências do ACS. Segundo a publicação havia aproximadamente 190.000 ACS no país, destes 60% tinham ensino médio completo ou incompleto, 18% ensino fundamental e 22% estavam por concluir o fundamental, pois a escolaridade exigida para ser ACS era somente saber ler e escrever, apenas em 2006 é que passa a ser exigido o ensino fundamental. No Ceará, segundo Ávila (2011b), em 2006 cerca de 60% dos ACS tinham concluído o ensino médio e 30% estavam na escola.

Segundo o Referencial Curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde “a relevância deste trabalhador no contexto de mudanças nas práticas de saúde, constituem a necessidade de sua formação em nível técnico” (BRASIL, 2004).

Ávila (2011b) define as diretrizes do Referencial Curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde como uma descaracterização do ACS, por favorecer a aquisição de conhecimentos que já compunham o “corpus” da equipe saúde da família, todavia reconhece que a formação é necessária, mas voltada na dimensão social da comunidade.

Freire (1970) cita duas concepções de educação, a bancária, que serve à dominação e a problematizadora, que serve à libertação, enquanto a primeira nega a dialogicidade, a segunda se faz dialógica para a superação.

A Educação Popular parte do princípio de que o educando possui um saber prévio, adquirido em sua história de vida, sua prática social e cultural, sendo este o ponto de partida para a construção de conhecimento, numa relação dialógica entre educando e educador (BORNSTEIN; STOTZ, 2012b).

A Educação Popular em Saúde possibilita o diálogo, reorientando as práticas, contribuindo na superação do biologicismo, do autoritarismo do doutor, do desprezo pelas iniciativas do doente e a imposição de soluções técnicas globais (DANTAS; SILVA, 2016).

As origens do ACS abrigam um exercício de educação dialógica, com valorização do saber popular e soluções criativas, a partir da negociação com os sujeitos, todavia há uma contradição entre o discurso político do Ministério da Saúde, que o define como um educador transformador e a predominância da reprodução, nos serviços de saúde, de uma educação vertical.

Nesses 25 anos de atuação dos ACS em Quixeré, os entrevistados evidenciaram mudanças no processo de trabalho dos ACS, sendo as principais: o maior acúmulo de atribuições burocráticas com o distanciamento das práticas de educação em saúde, melhoria do vínculo com a equipe Saúde da Família, em especial a de saúde Bucal, aumento do conhecimento pelo ACS com identificação de agravos e condições de risco como hanseníase e tuberculose e alguns referiram um ACS menos interessado, realizando ações subalternas como “dar recados”.

O pessoal da Fundação SESP era muito rigoroso, acho que todo mundo era acompanhado naquela época, hoje em dia a gente prioriza, davam mais assistência às famílias, eles trabalhavam mais a questão da prevenção, hoje, eles tem que ter tempo para estar junto com a equipe saúde da família. Pesar, verificar altura, acolhimento na unidade, retirar prontuário, atualizar os arquivos com prontuários, ações que deveriam ser realizados por outro profissional da ESF. A questão de entrega de referências hoje se faz bem presente, a questão de saúde mental, tem que ver a questão do deficiente, tem que ver a questão de quem faz uso abusivo de algumas drogas. As atividades de mobilização e educação em saúde com a população, se perdeu muito, desvirtuando pra outras funções. Também as diversas secretarias sempre recorrem aos ACS para levantamentos diversos (G1, G2, G3).

Eu creio que muita coisa aumentou agora o papel do agente de saúde cresceu mais, são mais deveres, vejo acessibilidade, antigamente agente de saúde era só pra pesar, dar injeção, hoje não, estão bem mais informados e mais ligados com a gente. As coisas dia a dia vai evoluindo, vai tendo mais crédito de confiança, está muito melhor, a agente de saúde quando começou ninguém via nem falar, hoje é uma pessoa conhecida. Já tem o postinho aqui e o acompanhamento (feito por elas) é bem mais rígido, no entanto, acho que aquela de antigamente era mais esforçada, a de hoje não é muito não, visitando menos, às vezes quando tem alguma coisa, é tipo assim em cima da hora, se tem um recado, assim é muito às pressas. Parece que é pouca agente de saúde pra muita gente (U1, U2, U3, U4, U5, U6, U9).

Hoje elas entendem mais o papel delas nas famílias e com o evoluir destes 8 anos em Saúde Pública estou vendo que a Saúde Bucal está se incorporando mais à Saúde da Família e o agente comunitário de saúde mais perto da gente, com um envolvimento maior, me surpreendi com o nível de conhecimento deles, reconhecem o que pode ser uma hanseníase e uma tuberculose, trazem pra gente mesmo, o que tem mudado é essa questão dos encaminhamentos, dessa papelada, agora é o e-SUS e o CADSUS pra elas fazerem, antes as funções eram aquelas básicas do agente de saúde que está desaparecendo, a questão da educação, da promoção à saúde (P3, P4, P6, P7, P8).

Observo hoje, que é muito essa questão de você chegar junto, cumprir seu tempo, não tem mais nem quase tempo com tanto cadastro, questão mais de números, e antigamente era questão de salvar aquela comunidade, hoje o povo procura mais (ser ACS) pela questão financeira, essa globalização faz a gente correr e rodar feito louco e isso a gente perde, perde o ganho maior que é o cuidado, a gente tá só na questão da informação, de levar a pessoa à unidade, o povo não tão mais em casa, tão tudo trabalhando, já pesquisa na internet e já sabe de tudo, no entanto, só lembra se o agente de saúde for dizer e a responsabilidade? A gente é quase menino de recado (A2, A4, A5, A6, A9).

Há um consenso entre os entrevistados que o processo de trabalho do ACS modificou-se, mas também há a discordância se isso ocorre de forma positiva ou negativa.

Para a Gestão o ACS afastou-se das ações de educação em saúde, desvirtuou-se de suas funções; para o usuário as responsabilidades aumentaram, alguns acreditam que atualmente o acompanhamento deles é melhor, outros o contrário, é muito rápido, superficial; para os profissionais da ESF o ACS integrou-se mais à equipe e para os próprios ACS o atual mundo globalizado, com a oferta fácil de informação e a pouca disponibilidade de tempo das pessoas, além da sobrecarga de atribuições o faz sentir-se desvalorizado.

A institucionalização (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013) do ACS e a deficiência na formação do ACS (DANTAS; SILVA, 2016) são citados como elementos que contribuíram com as mudanças negativas no processo de trabalho do ACS. Por outro lado, a criação das leis que regulamentam o exercício profissional do ACS, protegendo-o da precarização dos vínculos trabalhistas é um indicativo positivo para o seu reconhecimento profissional, pois alguns estudos relataram as condições de trabalho como causa de sofrimento para o ACS (COSTA *et al.*, 2012; LOPES *et al.*, 2012).

Queirós e Lima (2012) refere que as formas de recrutamento da década de 1970 e 1980, vinculadas às organizações comunitárias, favoreciam o envolvimento do ACS nas lutas populares, todavia a atual institucionalização do ACS, ao se tornar integrante da equipe de saúde da família, enfraqueceu seu vínculo com a comunidade, pois agora passa a mediar as demandas da população e as determinações da instituição.

A inserção do ACS nas equipes da ESF o deslegitima e o constrange, quando sua prática é considerada subalterna por não possuir um conhecimento formal e por basear-se em práticas relacionais, enquanto a equipe valoriza a reprodução de práticas hegemônicas biomédicas (FERREIRA *et al.*, 2009; FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013; QUEIRÓS; LIMA, 2012).

Dantas e Silva (2016) coloca que há uma lacuna no processo formativo do ACS, o que prejudica o desenvolvimento da criticidade necessária para estabelecer as causalidades dos fenômenos vivenciados, o que seria suprido com a Educação Popular em Saúde. A politicidade da formação para a saúde é essencial para revelar as causas das doenças em detrimento da naturalização das condições

de precariedade da população, o que proporcionaria uma melhor compreensão das necessidades da população.

Como vimos, a concepção ambígua do papel do ACS no imaginário da população é influenciada por uma construção histórica, constituída por uma origem de líder comunitário e educador popular, que a partir de sua institucionalização, assume em parte, o discurso da instituição, reproduzindo uma educação vertical e assistencialista.

Todavia há uma singularidade neste profissional, pois apesar de integrar a equipe de saúde, seu vínculo com a comunidade é o que mais o caracteriza, tendo sido citado, no grupo focal dos ACS, que é na comunidade que este profissional se sente mais integrado e à vontade.

A forma de enfrentamento das adaptações promovidas pela institucionalização define um novo ACS, que está se reinventando e os sujeitos envolvidos no seu processo de trabalho influenciam e identificam este profissional em transformação. É o que percebemos na análise dos discursos quando questionamos junto a estes sujeitos (usuários, gestão, profissionais da ESF e os próprios ACS) qual o papel do ACS.

## 5.2 O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

### 5.2.1 O que existe de comum entre os discursos dos sujeitos

Os achados da pesquisa apontam dois significados que parecem ser um consenso nos discursos dos representantes dos usuários, profissionais da ESF, gestão e agentes comunitários de saúde: a compreensão do papel do agente comunitário de saúde como um elo entre a comunidade e a equipe de saúde, o que foi evidenciado em grande parte pela revisão bibliográfica feita na etapa inicial deste estudo (ÁVILA, 2011a; ÁVILA, 2011b, BARALHAS; PEREIRA, 2013; BORNSTEIN; STOTZ, 2008b; COSTA; FERREIRA, 2012; COSTA *et al.*, 2012; FLORES; SOUSA; HAMANN, 2008; GALAVOTE *et al.*, 2013; GALAVOTE *et al.*, 2011; JESUS *et al.*, 2014), mas ainda há uma confusão de quais sejam as atribuições do ACS. Outro significado que parece ser comum entre os sujeitos é a compreensão do trabalho do ACS como doação, abnegação e construção de vínculos (PERES *et al.*, 2010).

### 5.2.1.1 O papel do ACS como elo entre a comunidade e a equipe

Este elo de mediação do ACS pode ser compreendido como facilitação do acesso da população ao serviço, melhor estratégia para assimilação das normas do serviço pela população, auxílio para equipe entender a dinâmica do território e mediação entre conhecimento popular e técnico-científico (BORNSTEIN; STOTZ, 2008b).

O principal papel dele é ser um vínculo, ser uma ponte de ligação entre a unidade básica de saúde e o povo e os usuários, então ele tem que saber ouvir pra levar ao posto e vice-versa, são uma ponte com o serviço de saúde, com os profissionais. Posto de saúde sem agente de saúde eu acho que é muito difícil porque a população é muito grande, como é que a pessoa que está lá dentro vai ter informações de um paciente acamado, de uma pessoa que está precisando de uma vacina, de uma pessoa que está precisando de um dentista, isso é tudo coisa que o agente de saúde já ajuda, está na rua, conhece a vida da família, conhece às vezes até um problema de doença na família, já conhece a família, já sabe que já vem das primeiras pessoas daquela família, eu acho que sem o agente de saúde o posto de saúde não funcionaria como está funcionando agora não (U3, U7, U8).

É pesar a criança, observar se realmente a criança está subindo, perdendo esse peso ou está parando, é levar essa informação até o posto, quando você começa a observar que a criança é parada demais ou é agitada demais você tem que estar fazendo esse elo de ligação da família e a comunidade. Você informa o que você sabe, quando você não sabe, você corre pra enfermeira e pro médico pra poder procurar saber e passar essa informação, infelizmente ocorre a troca dos profissionais, não é bom porque quebra o elo (A7, A9).

É um elo de ligação enorme, sem os agentes de saúde a gente não faz nada, se a gente não tiver um agente de saúde a gente se perde, fica sem noção da realidade da população da área, é a base da equipe do Saúde da Família. Quem trabalha em UPA e a Estratégia vê que a diferença da Estratégia são os ACS que dão na maioria das vezes o *feedback* do seu tratamento, sem a agente de saúde, a gente do ensino superior, não conseguiria trabalhar são eles que determinam as pessoas que a gente vai atender na verdade (P1, P3, P5, P7).

É a ponte entre a equipe e as famílias, o elo de ligação entre a equipe e a comunidade G1,G3).

A identificação da população mais exposta a riscos e a facilitação do acesso ao serviço foi uma dimensão evidenciada no discurso dos usuários que não conseguem imaginar o atual serviço de saúde sem o profissional ACS, pois em meio a uma “população muito grande” é ele quem leva à unidade básica de saúde as informações das famílias mais vulneráveis, possibilitando que a equipe direcione seu projeto terapêutico a quem mais necessita. O ACS funciona como um agente de equidade num serviço de saúde de caráter universal, sem ele a equipe teria muita

dificuldade para diagnosticar essas situações de risco, daí o usuário não conceber o serviço do posto de saúde sem o ACS.

Por outro lado, o acesso ao próprio ACS é considerado importante pela população, o que o leva a reinventar-se já que atualmente, a visita domiciliar nem sempre garante o encontro com os membros da família, ausentes do domicílio por trabalharem fora ou estudarem, o recurso utilizado pelos ACS e citado nos discursos dos usuários tem sido o telefone “Quando eu ligo pra ela, ela me atende, nunca liguei pra ela não me atender”.

O agente de saúde, digamos, que são as extremidades de todo o sistema engrenado, são eles que tem contato com os usuários, o médico não vai sair de porta em porta. Quando eu ligo pra ela, ela me atende, nunca liguei pra ela não me atender, aí ela vai e me informa, o que é que está acontecendo, uma campanha de vacina, um dentista que você precisa, ela já está informando, porque ela já vive mais lá. O papel é facilitar nosso acesso ao posto de saúde, resgatar a pessoa e levar pra Atenção Primária, porque o povo procura logo uma unidade hospitalar em vez de procurar a unidade básica (U2, U3, U7, U8).

No discurso dos usuários o ACS contribui na organização do fluxo da Atenção Básica, reorientando a população para que ao invés de procurar o pronto-atendimento do hospital recorra inicialmente à unidade básica de saúde, já que apesar do município ter 100% de cobertura de Saúde da Família a população ainda procura o hospital de pequeno porte da cidade com demandas ambulatoriais. Esta prática reflete a valorização pela população de um serviço de saúde centrado em procedimentos, curativo, com a supervalorização de tecnologia-dura (equipamentos) e leve-dura (saber estruturado) inerente ao modelo biomédico (FRANCO; MERHY, 2013), o ACS ao reorientar esse fluxo assume uma mediação transformadora direcionando a um espaço onde supostamente ocorre uma reestruturação produtiva (BORNSTEIN; STOTZ, 2008b) – a equipe de Saúde da Família, da qual o ACS faz parte e pode interagir na busca de uma escuta mais qualificada voltada à necessidade do usuário.

Segundo Bornstein e Stotz (2008b), o ACS pode exercer uma mediação convencidora, através de uma educação vertical e autoritária ou uma mediação transformadora, onde valoriza o conhecimento do usuário e o serviço é mais permeável às necessidades da população, todavia o tipo de mediação que o ACS vai exercer não depende apenas da sua vontade, é influenciado principalmente

pelas diretrizes do serviço, as metas exigidas, sua formação e a dos demais profissionais que interage.

No discurso do ACS é possível traduzir a mediação entre o conhecimento popular e o técnico-científico quando ao suspeitar que o comportamento “da criança parada ou agitada demais” pode representar uma alteração de desenvolvimento e ele prontamente aciona a equipe para elaborar uma intervenção.

No discurso dos profissionais, assim como no dos usuários, o ACS é colocado como base da Estratégia Saúde da Família, sem o qual não seria possível conhecer a realidade da população da área, inclusive é citado como elemento diferenciador da assistência prestada nas unidades de pronto-atendimento (UPA) de caráter imediato, curativo e com vínculo frágil, em contraposição à assistência prestada na Estratégia Saúde da Família, onde o ACS dá o feedback (retorno) do tratamento e facilita a construção do vínculo com o usuário.

Todavia surge na fala do profissional a diferenciação do trabalhador de nível superior, sugerindo uma hierarquização do saber, como relação de poder, pois apesar de reconhecer no ACS a base do Saúde da Família, ressalta-se que é um trabalhador sem saber formal. A equipe do Saúde da Família ao considerar o ACS como um trabalhador manual, com um saber pouco estruturado e de baixa complexidade tecnológica reforça a divisão social e técnica do trabalho (FERREIRA, 2008; FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013), reduzindo seu ato produtivo a apenas um apoio para a construção do plano terapêutico por aqueles que detêm o domínio do saber intelectual formal.

Ferreira (2008) ressalta as tensões na relação dentro da equipe em torno do processo de trabalho do ACS e do projeto terapêutico cuidador, quando na rede de relações há a restrição dos espaços de escuta, da fala e o ACS não é considerado nos momentos de planejamento, execução, avaliação e tomada de decisões do plano de cuidado, legitimando a hierarquização do saber e refletindo as relações de poder. Ávila (2011a) num estudo com ACS em Uruburetama, Ceará, evidenciou a relação de conflitos entre profissionais da ESF, agentes de saúde e famílias, pois os ACS sentem falta do apoio da equipe e as famílias o pressionam diante da impotência do agente em lidar com determinados problemas.

No entanto, os profissionais evidenciam quais estratégias utilizam no cotidiano para o enfrentamento destas tensões, no sentido de uma horizontalidade nas relações dentro da equipe.

Envolvê-los nesse processo de trabalho é importante pra eles, não só você ficar aqui e um muro e eles lá, acho que tem que envolver mais nas tomadas de decisões, enfatizar bem essa questão do trabalho em equipe e mostrar o quanto é importante o papel delas, sem aquela coisa de só você falar ou só a médica falar, liberdade de expressão para todos, acho que isso valoriza bem eles. Já aconteceu comigo de alguns agentes de saúde se reunirem e vir falar com a equipe de saúde bucal sobre a escala, a gente prontamente atendia, acho que gostavam e era proveitoso. A minha primeira equipe era difícil de lhe dar, cada um tinha aquele espaço: enfermeiro era enfermeiro, médico era médico e dentista era dentista, agente comunitária era agente, técnica era técnica, só tinha aquele vínculo técnica e enfermeira, essa agora, desde que eu entrei, nunca tivemos problemas em assim, a agente comunitária fala uma coisa e ficar com receio de falar porque tem um enfermeiro, tem um dentista ali, não, a gente sempre teve esse vínculo de amizade. O agente de saúde se sente bem quando ele marca a consulta e o médico vai pra consulta, acho que uma forma de valorizar é comparecer as coisas, além de enaltecer os bons números e elogiar, eu acho que isso é uma forma de incentivo, já vi a própria gestão fazendo isso (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8).

A mediação do ACS parece ser uma unanimidade nos discursos, todavia ela assume contradições, dependendo da implicação de cada sujeito que contribui com o processo de trabalho do ACS, pode representar prestígio ou desgaste junto a população quando o ACS facilita o acesso ao serviço de saúde ou sofre a pressão da população para favorecimentos, pode levar a uma horizontalização das relações de poder ou intensificação de conflitos dentro da equipe, dependendo de como sua mediação seja considerada, relevante ou apenas acessória no processo de produção do plano terapêutico e junto a gestão pode ser vista como um tensionador de reivindicações populares, quando a mediação é transformadora ou um apoio do governo na comunidade quando assume uma mediação convencidora (QUEIROS, 2012; BORNSTEIN; STOTZ, 2008b).

O ACS na função de intermediação de um diálogo entre desiguais (equipe de saúde e comunidade) não pode ser ligador de diferentes, e sim mediador de conflitos cuja ação e intencionalidade devem ser consenso entre seus componentes. (FLORES; SOUSA; HAMANN, 2008).

A compreensão do trabalho do ACS como inespecífico e de baixa complexidade contribui para o redirecionamento, segundo as necessidades dos serviços (QUEIROZ, 2012) e as contradições no papel de mediador também influenciam para a confusão de atribuições do ACS, citada nos discursos de todos os sujeitos.

### 5.2.1.2 A confusão de atribuições

A confusão de atribuições é evidente no discurso dos usuários quando confundem o trabalho do ACS com favores ou práticas de enfermagem. Segundo as ACS mais antigas no município, na década de 1990 eram realizados por elas, sob orientação da coordenadora, curativos, administração de soros orais, manipulação e distribuição de remédios caseiros à população, execução de práticas de higiene como retirada de piolhos em crianças e administração de vacinas orais em períodos de campanhas. Mesmo para aqueles usuários que compreendem que estas práticas não são de competência do ACS persiste no imaginário da população o modelo assistencial centrado no médico, quando afirma que mediante autorização médica os procedimentos podem ser realizados.

Muita gente não entende acha que o serviço delas não vale nada e que isso é uma besteira que só é pra ganhar o dinheiro e que passa nas casas só para “empaiar”, é perder tempo, eu mesmo pensava que uma agente de saúde poderia fazer curativo, pudesse aplicar um soro, que pudesse fazer uma injeção, mas eu acho que a agente de saúde, não tem curso de enfermagem pra aplicar injeção, só se for autorizado pelo médico, agora trazer o remédio é muito importante, no dia que eu precisar eu peço a ela. (U1, U5, U6).

No discurso dos profissionais de saúde o Sistema Único de Saúde reorganizou os serviços de saúde, redefiniu os papéis de cada integrante da equipe, todavia algumas atividades burocráticas acabam sendo repassadas ao ACS que ficam sobrecarregados entre atividades de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças e a burocracia. Segundo estes sujeitos, além da confusão de atribuições, existe o desconhecimento da legislação que rege as atribuições do agente comunitário de saúde.

Uma coisa importante é afazeres, eu não conheço a legislação do agente comunitário de saúde, vejo a reclamação de algumas em relação a afazeres que segundo elas não fazem parte de suas atribuições, se está na legislação ou não eles fazerem cadastro, enfim, isso eu não tenho como saber por que eu não li, mas assim essa história da marcação de consultas, marcação de exames, referências eu não sei se está na legislação, mas a gente sabe que é uma das atribuições deles, deixar a receita de um paciente acamado que não tem uma pessoa que vá lá, eu ainda acho que faz parte das atribuições (P8, P7, P5).

A causa do desconhecimento da legislação foi discutida em dois momentos, no Grupo de Análise e no Seminário, considerou-se como causa principal a rotatividade de profissionais e a prática escassa de discussão, dentro das reuniões de equipe, dos papéis de cada profissional. A Gestão, por sua vez, não tem a prática de divulgar em reuniões intersetoriais os limites de atuação do ACS e os ACS reconhecem que a melhor forma de divulgação junto a população é na unidade básica de saúde e no momento de encontro com o usuário, durante a visita domiciliária, como foi citado, inclusive, em uma das falas dos usuários entrevistados, que foi seu próprio ACS que o explicou o que fazia parte de suas atribuições e o que não era de sua responsabilidade.

A confusão de atribuições do ACS surgiu nas falas dos agentes durante o Seminário de análise dos dados. Ao se discutir “A confusão de atribuições”, os ACS relacionaram como principais causas a responsabilidade de avisar o desmarcamento e remarcação constante de consultas na unidade básica de saúde, causando o descrédito da população e contribuindo com a ideia de “Transmissor de recados”, citada nos discursos de ACS e Usuários.

É informar, eu informo mais, mas assim no começo eu fazia até palestra com gestante, eu sentava, juntava elas, conversava, explicava tudinho, agora as gestantes trabalham, eu tenho uma gestante que eu só consigo visitar ela a noite porque ela trabalha o dia todinho, tem casa que você nem entra, você da porta mesmo dá tchau e até o povo mesmo não deixa você fazer, às vezes você tenta ficar mais um pouquinho, mas não, eu tô de saída, tenho que buscar o menino no colégio, tenho que fazer isso, isso acontece diariamente; então é mais recado, que até pelo zap, telefone você dá, não tem mais essas visitas que nem as meninas (antigamente), elas é que faziam tudo, hoje não, você está ali só dá pra orientar, informar isso ou aquilo, desmarcar aquilo (A4, A5).

Eu acho que o trabalho dela é visitar as comunidades, ela levar a mensagem de quando o médico vem do dia da consulta, que o médico está no posto, ela vir avisar, leva a mensagem e traz a mensagem (U5, U6).

Outra atividade burocrática que é colocada para o ACS, citadas no Grupo de Análise e no Seminário é a entrega aos usuários de encaminhamentos agendados para o atendimento especializado na Policlínica Regional de Limoeiro e no Centro Odontológico Regional ou em Fortaleza, após marcação pela Central de Regulação, o que sobrecarrega o ACS, pois na maioria das vezes, este é chamado às pressas pra realizar esta entrega, tendo que interromper uma visita domiciliária ou outra atividade para entregar estes encaminhamentos.

No discurso da Gestão esta problemática da entrega de referências também foi vivenciada produzindo um consenso, durante as oficinas de análise, que esta atribuição necessitava ser revista e renegociada com outros agentes administrativos.

Hoje o agente de saúde, ele serve de tudo, inclusive de acompanhante para o povo da comunidade e essa não é função dele. Tem muita cobrança por conta das referências, porque tem poucas vagas e acontece de serem marcadas muito em cima da hora e temos que avisar e entregar ao paciente o mais rápido possível. Essa urgência das entregas dificulta muitas vezes o trabalho dos ACS, que precisam sair de onde estão visitando para ir pegar referência no posto de saúde e entregar ao paciente. Essa questão da burocracia de muito cadastro, muitos formulários, ele acaba perdendo muito tempo com essa burocracia. Hoje uma das vantagens do e-SUS, para gestão, é que ele delimita o processo de trabalho de cada um e para o agente de saúde ficou bem claro, você faz visita, você faz educação em saúde e mobilização social (G2, G3).

Portanto a confusão de atribuições, apesar de ser um consenso no discurso dos sujeitos, tem diversas causas, na visão dos profissionais de saúde deve-se ao desconhecimento da legislação que regulamenta o ACS, segundo os agentes comunitários de saúde deve-se a desorganização do serviço das UBS que o sobrecarrega com atividades burocráticas, o que é ratificado pela Gestão e no discurso dos usuários há no imaginário da população a herança de um passado onde este profissional realizava procedimentos de enfermagem e ações sanitárias assistencialistas.

#### 5.2.1.3 O trabalho do ACS como doação e abnegação

Um segundo significado que pareceu ser consenso entre os sujeitos, pois foi citado nos discursos dos representantes dos ACS, profissionais de saúde, usuários e gestores foi o papel do ACS como um trabalho de doação, abnegação e construção de vínculos. PERES *et al.* (2010) em estudo realizado com ACS de Marília- SP, quanto ao significado de “ser agente comunitário” também evidenciou como um dos motivos para os ACS buscarem essa atividade: a vocação e a oportunidade de poder ajudar as famílias.

Campos (2000) ao propor uma reconstrução conceitual de trabalho em saúde, o define como produtor de valor de uso, potencialmente capaz de suprir necessidades sociais, mas também de suprir necessidades do próprio trabalhador, seja de sobrevivência, seja de realização pessoal, além de corresponder aos objetivos da

instituição, ressaltando que haverá sempre um conflito entre satisfazer as necessidades sociais e garantir a sobrevivência da instituição e o interesse dos agentes.

Franco e Merhy (2013) coloca que o atual modelo assistencial de saúde no Brasil produz atos de saúde “procedimento centrado” e não “usuário centrado”, fazendo com que nem sempre este processo produtivo cause impacto na vida do usuário, aumentando seu grau de autonomia pela recuperação de sua saúde, na maioria das vezes é produzido apenas procedimentos, o que ocorre porque os processos de trabalho centrados em tecnologias duras (equipamentos) estão mais comprometidos com o uso desta forma de tecnologia do que com os problemas de saúde que devem enfrentar.

No discurso do ACS o trabalho aparece como doação, o que é reiterado na fala da gestão quando diz que é preciso ter abnegação para ser trabalhador de saúde pública, nos discursos dos profissionais de saúde e usuários ressalta-se que se deve trabalhar não só pelo financeiro, mas deve-se gostar do que faz, a fim de ser possível ter empatia e criar vínculos.

Tem que se doar, amar a profissão, o que fazemos o dinheiro não paga, estar disposto toda hora, aquele que não se doa, não é um bom agente comunitário de saúde, não consegue ter a empatia e a própria comunidade rejeita. Pela minha visão saiba amar, gostar do outro, se preocupar com o outro, goste do que você vai fazer, tem que querer, ter certeza. (A1, A3, A6, A8).

Eu acho assim, tem quatro coisas essenciais: primeiro, ter vínculo com a comunidade; segundo ser uma pessoa sem muitos preconceitos; terceiro ter motivação para realização do trabalho e o quarto ter conhecimento. Não são só os agentes de saúde não, eu acho que nós da saúde pública a gente tem que ser abnegado mesmo, tem que gostar pra poder fazer (G1,G2, G3).

O mais importante é você gostar do que está trabalhando, não é só o financeiro, tem que ter empenho porque elas estão lá todo dia, toda hora (P1, P5).

Primeiro é gostar do que vai fazer, pra você ser uma agente de saúde você tem que gostar também de ter contato com as pessoas, ter simpatia, porque um agente de saúde antipático o pessoal não gosta não, tem que ter empatia pra poder entender e se colocar no nosso lugar, um bom relacionamento com todo mundo, com a comunidade, tem que ter disposição, responsabilidade. É bom quando é uma pessoa que é bem dedicada, uma pessoa carinhosa, uma pessoa que leva jeito pra coisa (U1, U2, U3, U4, U7, U8, U9).

A concepção de trabalho em saúde proposta por Campos (2000) pressupõe uma atividade que proporcione ao trabalhador sua sobrevivência através do recebimento de um valor financeiro, mas também que lhe produza satisfação pessoal.

Quando o ACS relata que o que faz “o dinheiro não paga” e o gestor fala de abnegação aproximam a atividade do ACS a um sacrifício, inerente às atividades religiosas, todavia essa abordagem contribui a um sofrimento maior do ACS, pois refere que, muitas vezes, não está psicologicamente preparado para lidar com a dor daqueles por quem criou empatia, o que demonstra uma deficiência na formação do ACS e a necessidade de rever seu processo de trabalho.

A utilização de tecnologias leves como a criação do vínculo, por meio da escuta, da empatia promove a corresponsabilização, o compromisso do trabalhador em empenhar-se para auxiliar o usuário em suas demandas, produz no usuário o reconhecimento, neste ACS, de um trabalhador produtor de um valor de uso que lhe é necessário, ou seja, o empenho para resolver seu problema, daí a valorização e o reconhecimento pelo usuário deste profissional e conseqüentemente a satisfação pessoal.

Investir no uso de tecnologias leves (como vínculo, empatia e escuta qualificada) como orientadoras do trabalho do ACS e de toda equipe da Estratégia Saúde da Família contribui no sentido de superar a visão altruísta de doação e aproximar-se da concepção de trabalho de Campos (2000) onde a satisfação do trabalhador, as necessidades da população e os objetivos da instituição são a tríade do processo de trabalho.

#### 5.2.1.4 A construção de vínculos

A construção de vínculos surge nos discursos em duas dimensões: o vínculo com a comunidade e o vínculo com a equipe.

A construção do vínculo com a comunidade causa satisfação, mas também sofrimento, já que o ACS não se considera preparado para a escuta qualificada das demandas e muitas vezes confunde o espaço profissional e o privado, pois ao residir e integrar o território considera como sua função estar sempre disponível para população.

Franco e Merhy (2013) ressalta a importância do trabalhador da saúde ser capacitado e ter o domínio das tecnologias relacionais, pois é no encontro entre duas pessoas que o trabalho vivo em ato ocorre, onde são firmados ou não os compromissos, as corresponsabilizações, o ACS, segundo Galavote *et al.* (2013), deveria operar centralmente nas tecnologias relacionais, a fim de desenvolver uma

aguda percepção dos signos, a fim de aumentar sua potência de ação, todavia esta capacidade é o resultado do que este profissional constrói ao longo da sua vivência e sua formação, descrita como deficiente pelos próprios ACS.

Eu não sabia nada, não tive preparação de nada, só me jogaram. Eu acho assim, que quem vai entrar não tem uma bula, não é uma bula de remédio, é uma questão de se adaptar e é assim que a gente vai conseguindo driblar as dificuldades, porque quando a gente senta pra ouvir a demanda, o sofrimento, a doença do outro, que a gente tem empatia, a gente sofre e ninguém prepara a gente pra isso e eu acho que nós deveríamos ser preparadas. Quem vem aí (ACS novatas) deveria ser preparado e não vai ser preparado, porque quem vai preparar eles não são agentes comunitários de saúde e não sabem o que é (A4, A1).

Dentro do território ao construir o vínculo com a comunidade o ACS desenvolve estratégias que refletem relações de poder no contato com a população, seja diante da escassez nas condições de vida da população e precariedade dos serviços de saúde, quando o ACS faz uso de ações assistencialistas, como favores e facilitações de acesso, seja utilizando sua capacidade criativa, colocando-se no lugar do outro e incentivando o protagonismo dos sujeitos.

Esse vínculo aí vai entrar também questões culturais daquela localidade, questões políticas da cidade, então tudo isso, faz com que atrapalhe um pouco. A agente de saúde é muito boazinha vem deixar aqui tudo que eu peço, essa visão de boazinha tem que sair, às vezes tem uma intimidade tão grande que extrapola, uma coisa é você ter vínculo, outra coisa é você ter comprometimento, outra coisa é aquele agente de saúde ter aquele cuidar com aquela família, mas outra coisa é o agente de saúde estar pegando receita de uma pessoa que pode se locomover tranquilamente até o posto de saúde (P4, P6, P8).

Na construção do vínculo com a equipe também há um espaço de relações de poder, Ferreira *et al.* (2009), coloca que o ACS opera sob a tensão de dois polos que convivem como uma dobra: uma centrada na lógica da produção de procedimentos como expressão do cuidado e outra centrada nas necessidades dos usuários percebidas a partir das tecnologias relacionais. Ao ser inserido numa equipe de saúde, que produz atos de saúde centrados em procedimentos, em normatizações, em protocolos, privilegiando recursos onerosos como medicamentos, exames ou consultas especializadas, o ACS desvia sua ação do campo relacional e passa a reproduzir, no contato com a comunidade, ações educativas de caráter prescritivo ou corretivo, tentando reproduzir o conhecimento que a população passa a valorizar: o biomédico.

Aquilo que está dando certo a gente queria que ficasse o resto da vida, mas a gente aprende até com a troca do que entrou, do que não funcionou dois anos, que você já está doida que saia, não está funcionando direito, aí você, veterana, aprende, que tem que passar por essas dificuldades, porque é outro olhar pra comunidade, quando você tem um enfermeiro que não é aquele que chega junto, aquele da experiência passada, aí você se transforma em outro agente de saúde pra você fazer, até, os dois papéis (A7, A9).

A prática cotidiana do ACS constitui-se de uma rede de relações entre usuários e equipe atravessada de poderes e implicações. Há momentos de horizontalização das relações como nas visitas domiciliares, onde há um compartilhamento da gestão do cuidado e reconhecimento da potência deste trabalhador, mas há também momentos de conflito quando a equipe desvaloriza seu saber, restringindo sua participação no planejamento dos projetos terapêuticos e na tomada de decisão.

A rotatividade de profissionais na equipe faz com que o ACS se reinvente, adaptando-se e aprendendo a conviver tanto com os mais fechados quanto com os mais permeáveis às necessidades da população e ao trabalho em equipe.

O jogo de disputa na equipe é a expressão dos micropoderes na relação de trabalho fundamentada na hierarquização do saber e legitimada pela gestão (FERREIRA, 2008).

As famílias ficaram divididas agora não são só nossas, a vantagem nossa hoje é que os problemas não ficam só com o ACS, o que nos sustenta é o apoio que a equipe nos dá, quando nós temos profissionais que realmente fazem PSF, quando nós temos um médico que faz PSF, quando o nosso enfermeiro é PSF; o apoio que a colega de profissão nos dá, é o que as minhas colegas agentes comunitárias de saúde, que entende o meu sofrimento, que entende a minha demanda chega e nos apoia (A1, A6).

Antes no território, as famílias pertenciam somente ao ACS que as conhecia profundamente e confiavam a ele o crédito para auxiliá-las na resolução dos seus problemas, agora com a chegada de outros profissionais as famílias não estão mais apenas sob a responsabilidade dos ACS, o que por um lado causa alívio por dividir responsabilidades, também produz receio pela possibilidade de ter sua importância reduzida dentro da comunidade. Em resposta, o ACS pode tentar reproduzir os atos destes profissionais centrados no núcleo duro das tecnologias a fim de assumir junto a população a mesma importância que os novos profissionais, todavia isso só reduz sua potência criativa de ação junto à comunidade, já que o

serviço de saúde não suporta a lógica da produção em saúde em procedimentos centrada e o torna mais um profissional queixoso pela falta de materiais, equipamentos e especialistas (GALAVOTE *et al.*, 2013).

Por outro lado, quando encontra uma equipe que o escuta, que o considera no planejamento do plano de cuidados e na tomada de decisões, que flexibiliza o serviço segundo as necessidades e demandas do usuário, de quem o ACS é representante, ele sente-se apoiado e valorizado.

No Seminário com os ACS foi discutida a construção do vínculo como espaços de relações de poder, tanto do ACS sobre o usuário, ao impor uma conduta sanitária mediante o medo do adoecimento ou da morte, seja da gestão e da equipe sobre o ACS ao lhe impor uma nova atribuição sem negociação. Essa discussão foi importante para o ACS perceber-se não como vítima, mas como protagonista do seu processo de trabalho, refletindo sobre a forma como influencia e é influenciado nas relações com o usuário, equipe e gestão.

No Grupo de Análise, com os representantes dos sujeitos, foi evidenciado o discurso da Gestão, onde a luta por conquistas financeiras resulta numa briga de barganha na qual o ACS condiciona o cumprimento de metas mediante o pagamento de gratificações e a gestão, por sua vez, condiciona a liberação do benefício segundo o cumprimento das metas.

Seria importante que fosse investido recurso da Atenção básica para a capacitação dos ACS, assim como também para as equipes de Saúde da Família, já levei a portaria da atenção básica e mostrei inúmeras vezes qual era a função de cada um, qual era o papel de cada um, mas a questão deles enquanto categoria, da organização deles e da conquista do piso, das associações e da briga por incentivo, isso distanciou muito o agente de saúde do papel dele, desviou o foco, o agente de saúde ficou muito voltado pra questão financeira deles e automaticamente a gestão passa também a pressionar: você só vai receber o incentivo se cumprir isso e isso (G2, G3).

É importante ressaltar que a existência do conflito é positiva, pois pressupõe que as partes estão em busca de seus interesses e há espaços de escuta, de negociação. A Gestão demonstra-se aberta para a discussão e a cogestão dos processos de trabalho quando se posiciona diante do conflito de forma a não suprimi-lo, mas disposto a um diálogo. A Lei Federal nº 12.994/2014 representa uma conquista da categoria e contribui como uma forma de pressão legal no sentido dos gestores reconhecerem o ACS como um trabalhador da saúde, como os demais da equipe, com uma legislação que delimita suas atribuições. O município

sinaliza positivamente para uma gestão mais democrática ao regularizar a situação dos ACS, tendo realizado o processo seletivo neste ano de 2016 e incluindo-os no Plano de Carreiras de Saúde local, bem como integrando na mesa de negociação representantes dos ACS, ao definir as gratificações e prêmios para as equipes da estratégia Saúde da Família.

A visão do trabalho como doação e abnegação, tanto pelos ACS como pela gestão, citados nos respectivos discursos, dificulta o manuseio dos conflitos que envolvem o processo de trabalho. A concepção proposta por Campos (2000), na qual o campo de trabalho sempre abrigará o conflito entre o atendimento das necessidades sociais, as da instituição e as do trabalhador sugere que o manejo destes conflitos ocorra sempre em espaços de cogestão, através da negociação com representantes de todos os sujeitos envolvidos (usuários, profissionais da ESF, ACS e gestão) de forma democrática. Nessa linha de raciocínio, será encaminhado como proposta à Gestão a criação, no município, de mesas de negociação com encontros regulares trimestrais onde sejam discutidas as demandas trabalhistas dos integrantes das equipes de Atenção Básica do município.

## **5.2.2 O encontro dos discursos que se opõem**

Dentre os discursos dos sujeitos construídos apareceram aqueles com significados que aparentemente contrapõem-se, sugerindo um embate de ideias, que podem refletir justamente a prática do trabalho do ACS numa dobra como descrita por Ferreira *et al.* (2009) onde o interno e o externo convive, onde o ato normativo e o trabalho vivo (encontro entre duas pessoas num jogo de expectativas e produções com espaços de escutas, falas, empatias e interpretações, segundo FRANCO; MERHY, 2013) coexistem, não se contrapondo, mas evidenciando-se segundo a interação dos ACS com os sujeitos, com sua formação e suas experiências de vida.

### **5.2.2.1 O papel do ACS é educar X o papel do ACS tem sido transmitir recados**

A ideia de que o papel do Agente Comunitário de Saúde é educar apareceu nos discursos dos representantes da Gestão e dos ACS em contraposição

a ideia de que o ACS é apenas um transmissor de recados, citada nos discursos dos usuários e também entre os ACS.

O discurso de transmissor de recados surgiu dentro do grupo focal entre aqueles ACS que não receberam nenhuma preparação antes de assumir a função de ACS, fizeram a seleção, mas não tinham conhecimento do que era o trabalho, tendo inclusive pensado em desistência, mas também foi ratificado nos encontros de análise de dados como veremos mais adiante.

No discurso da Gestão a educação deve ser direcionada para a cidadania, uma educação transformadora, embora o gestor reconheça que a pressão sobre ele poderia aumentar, mas o cidadão teria um conhecimento maior de seus deveres e direitos e passaria a assumir o seu protagonismo na saúde.

O ACS também cita a educação no seu aspecto transformador, todavia coloca-se na posição de constante aprendiz, pois considera educar uma troca e reconhece sua importância na função de educador, realizada diariamente através do diálogo e do vínculo construído. Todavia ainda se vê como a “menina dos olhos” da comunidade, o que desvaloriza a autonomia dos sujeitos.

Bornstein e Stotz (2008b) coloca que a forma de conduzir a mediação pelo ACS reflete o processo de produção do conhecimento e diferentes concepções políticas, numa educação crítica, parte do conhecimento prévio da população, enquanto numa educação vertical, há a imposição de um conhecimento técnico, que a população se obriga a seguir por medo da morte ou receio do agravamento de seu quadro.

As características dos usuários, da gestão e da equipe que integra contribuem com a prática educativa exercida pelo ACS. Uma população que reivindica seus direitos junto ao serviço de saúde e à gestão, uma equipe aberta ao diálogo, que baseia a organização do serviço a partir das demandas da população, discutindo com o usuário seu processo terapêutico através de estratégias como a escuta qualificada, a clínica ampliada e o projeto terapêutico singular influenciam na prática do ACS de uma educação problematizadora com promoção do protagonismo dos sujeitos.

Todavia, uma equipe que culpabiliza o usuário por não cumprir as prescrições médicas e não mudar seu comportamento sem considerar seu padrão cultural, sua condição socioeconômica, utilizando uma linguagem técnica inacessível ao usuário, bem como, uma gestão que cobra essencialmente do ACS metas, como

adesão ao tratamento de doenças crônicas pela população e atividades como número de visitas ou de cadastros a serem realizados, o distancia de uma prática de educação popular, com negociação com o usuário, troca de saberes e encontros de mobilização social.

No discurso da Gestão há um reconhecimento que o ACS é sobrecarregado com a parte burocrática de preenchimento de muitos cadastros, todavia ressalta como positivo a mudança do sistema de informação, antes SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e atualmente o e-SUS AB (nova estratégia de alimentação do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica), pois delimita as atividades do ACS como visita, educação em saúde ou mobilização social.

Nos grupos focais, no entanto, a transição dos sistemas é citada como negativa por alguns ACS, pois tem representado uma sobrecarga de trabalho reduzindo seu tempo para as atividades de Promoção à Saúde, mas houve também ACS que consideraram as atividades de cadastros como parte de suas atribuições, cabendo a eles organizar a carga horária a fim de conciliar os dois tipos de atividades.

Com relação a formação do ACS, a Gestão reconhece que treinamentos baseados na educação popular são positivos para o ACS e cita pelo menos três cursos ofertados no município a estes profissionais com esse enfoque: Caminhos do Cuidado, Capacitação da Fundação Demócrito Rocha sobre Equidade e o EDPOPSUS.

No Seminário realizado com os ACS ao se discutir a contradição no papel do ACS ora visto como educador, ora visto como transmissores de recados foram listados como fatores determinantes nesta visão: a sobrecarga de trabalho do ACS e o tempo reduzido para conciliar as tarefas, levando-o realmente a dar recados, a cobrança de aumento no número de visitas, a desorganização do serviço de saúde das UBS com remanejamento do profissional médico para o hospital, levando o ACS a constantemente desmarcar atendimentos dos profissionais e o conseqüente descrédito da população, bem como a pouca receptividade de algumas pessoas da comunidade ao receber o ACS no domicílio, seja porque acredita não precisar do serviço, seja por não ter disponibilidade de tempo. Baralhas e Pereira (2013) em um estudo com ACS de São Paulo verificou essa rejeição dos usuários em receber o ACS, justificada pelas famílias, por ter acesso a planos de saúde e não precisar dos serviços prestados pelo ACS.

Houve um consenso no Grupo de Análise e no Seminário que a responsabilidade do ACS de entregar referências com consultas agendadas para especialistas na Policlínica Regional de Limoeiro e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) deve ser revista, sendo imprescindível a discussão junto a gestão sobre a reorganização dos serviços de saúde e a alocação de recursos humanos em setores administrativos das unidades básica de saúde e Central de Regulação com a finalidade de que essa sobrecarga burocrática não recaia tanto sobre o ACS, deslocando-o das atribuições de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças.

A mudança de perfil das famílias, em especial na área urbana, onde dificilmente os membros são encontrados no domicílio, com os integrantes trabalhando os dois expedientes e os filhos estudando, contribui, segundo os ACS, para “ a transmissão de recados” em intervalos de almoço ou no fim da tarde. Esse tema gerou na oficina com os ACS a discussão da necessidade deste profissional reinventar-se construindo estratégias de encontros com a comunidade através de redes sociais virtuais, tão amplamente utilizados atualmente pela população, todavia ressaltou-se a necessidade de definir limites para esse tipo de comunicação para que o ACS não tenha, cada vez mais, sua vida privada invadida e confundida com sua vida profissional.

Importante ressaltar que dentre os próprios ACS há aqueles que se percebem como educadores, aqueles que se vêem apenas como transmissor de recados, e aqueles que percebem a transmissão de recados não como um papel, mas uma estratégia de enfrentamento da sobrecarga de atribuições, ao assumir uma lacuna da instituição da qual sente-se integrante e responsável, bem como correspondendo às expectativas de confiança da comunidade, já que mesmo atarefado, tem a possibilidade de impedir que o usuário perca uma consulta que aguarda a tanto tempo.

Nessa discussão aos poucos o que parecia uma contradição vai configurando-se como mais um movimento em dobra do trabalho do ACS, que ao mediar o processo educativo assume uma mediação transformadora ou convencidora (BORNSTEIN; STOTZ, 2008b) segundo a influência dos sujeitos, chegando até a transformar-se no encontro com equipes com perfis diferentes (mais democrática ou mais verticalizada) como citado no discurso do ACS “aí você se transforma em outro agente de saúde pra você fazer até os dois papéis”. A visão de transmissor de recados coexiste com a de educador porque apesar da legislação

atribuir ao ACS o processo de educação em saúde, a Gestão e as equipes da estratégia saúde da família não assumem a responsabilidade por um serviço mais permeável às necessidades do usuário, desburocratizando o trabalho do ACS, incentivando o uso de tecnologias relacionais e valorizando a experiência e o conhecimento da população.

Ocorre também um processo formador do ACS ambíguo, pois há momentos em que recebe uma formação mais emancipatória, como nos cursos citados pela Gestão baseados na educação popular e em outros momentos, ou em contato com a equipe, recebe treinamentos verticalizados com o repasse de um conhecimento técnico que o faz reproduzir a imposição de verdades ao usuário, daí a compreensão de que o ACS utiliza-se de sua capacidade criativa para estar sempre se reinventando e que essa construção não é feita isoladamente, todos os sujeitos influenciam este processo.

### 5.3 A ANÁLISE COM OS SUJEITOS- O ENCONTRO ENTRE O SABER FORMAL E INFORMAL

Thiollent (2011) propõe uma aprendizagem conjunta, onde pesquisadores e participantes encontrem um relacionamento adequado entre saber formal (dos especialistas) e saber informal (baseado na experiência dos participantes), através de seminários e grupos de estudo. Os participantes são levados a descrever a situação, buscar explicações, soluções e posteriormente são feitas ponderações pelos participantes e especialistas. Neste estudo este momento concretizou-se com o estudo junto ao Grupo de Análise formado por sete participantes da fase de coleta de dados e a pesquisadora e o Seminário com a participação de vinte e sete ACS.

#### 5.3.1 O Grupo de análise

No dia 03 de agosto foi realizada uma reunião com o Grupo de Análise, composto por representantes de cada um dos sujeitos. Participaram dois representantes dos profissionais de saúde, um representante da gestão, três representantes dos ACS e um representante dos usuários. Todos já tinham participado da primeira etapa da coleta de dados. Durante essa reunião foi realizada uma análise dos Discursos dos Sujeitos Coletivos, construídos a partir dos dados

coletados nas entrevistas e grupos focais, pela pesquisadora, e o início da construção do Plano de Ação.

Trabalhamos com os quadros-sínteses (APÊNDICE H), a partir dos quais os participantes selecionaram as ideias que acreditavam valorizar o trabalho do ACS. Foram listadas:

- O papel do ACS é o de educador;
- O papel do ACS é o de elo entre a equipe e a comunidade;
- O papel do ACS é o de ter ética, empatia, humanização e conhecimento;
- O papel do ACS é o de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças;
- O papel do ACS é o de trabalhar em equipe;
- O papel do ACS é o de ter vínculo com o território e a equipe;
- O papel do ACS é o de promover acessibilidade;
- O papel do ACS é o de ter um olhar ampliado;
- O papel do ACS é o de contribuir com o fluxo para a Atenção Básica;
- O papel do ACS é o de contribuir com a horizontalização do poder nas relações.

Realizou-se uma discussão destas ideias, sendo que alguns presentes reconheceram trechos de suas falas nos Discursos dos Sujeitos Coletivos e foi possível fazer uma relação com outros estudos que a pesquisadora já tinha levantado previamente. O Grupo de Análise também listou as ideias que desqualificavam o processo de trabalho do ACS, levando a sua desvalorização profissional. Foram listadas as seguintes ideias:

- O papel do ACS é transmitir recados;
- O papel do ACS é o de empenho, doação, abnegação;
- O papel do ACS tem assumido uma dimensão assistencialista e de troca de favores;
- O papel do ACS é prejudicado pelo desconhecimento da legislação e por vínculos conflituosos;
- O papel do ACS é prejudicado pela formação deficiente;
- O papel do ACS é distorcido pela confusão de atribuições;
- O papel do ACS é fragilizado quando ocorre a perda da dimensão cuidadora, em especial, nas lutas por conquistas da categoria.-.

Discutiu-se as causas das ideias que fortaleciam e as que desvalorizavam o processo de trabalho do ACS, contribuindo para os diversos significados dados ao papel deste profissional.

O Grupo de Análise ao descrever a atual situação em que se encontra o Agente Comunitário de Saúde no município compreendeu que há uma confusão de atribuições dada a este profissional e uma sobrecarga de trabalho.

O Grupo de Análise referiu como causa que poderia explicar esta situação os diferentes significados dados ao papel do ACS pelos sujeitos, referidos nos discursos, quando são citados como papéis do ACS doação, assistencialismo, ser elo da equipe e da comunidade, ser educador, entre outros.

Ao tecer uma rede de relações identificou-se fatores que contribuíam com esta situação de confusão de atribuições e sobrecarga de trabalho:

- A formação deficiente do ACS;
- O desconhecimento da legislação do ACS pelos profissionais da estratégia saúde da família e usuários, que cobram do ACS práticas de enfermagem ou de assistencialismo;
- Os conflitos nas relações de poder com o ACS dentro da equipe, junto à Gestão e no território com a comunidade.

Seguindo a proposta de Thiollent (2011) de comparar as temáticas, buscando meios de intercompreensão, comparamos as conclusões da pesquisadora, através dos Discursos dos Sujeitos Coletivos, e as conclusões do Grupo de Análise chegando as figuras 4 e 5 que retratam as correlações:

**Figura 4 – Descrição dos significados citados nos Discursos dos Sujeitos Coletivos do papel do ACS como mediador (elo)**



Fonte: Elaborada pela autora.

**Figura 5 – Descrição de fatores que contribuem para a confusão de atribuições e sobrecarga dos ACS, segundo Grupo de Análise**



Fonte: Elaborada pela autora.

Ao relacionar as conclusões das duas análises foi possível compreender que o significado dado por cada sujeito, dependendo de sua implicação no processo de trabalho do ACS, contribui para valorização ou desqualificação do ACS.

O que nos levou a construção de um quadro mais amplo de compreensão da atual situação do processo de trabalho do ACS (figura 6).

**Figura 6 – Descrição dos significados do papel de elo do ACS e sua relação com fatores que prestigiam ou desvalorizam o trabalho do ACS**



Fonte: Elaborada pela autora.

Os usuários, ao identificarem o papel do ACS como acesso à equipe de saúde, prestigiam este profissional enquanto facilitador deste contato, todavia, quando o serviço não responde as suas demandas, estes usuários pressionam o ACS, no sentido destes concederem favorecimentos junto ao serviço, através de facilitações no atendimento, independente de equidade.

Entre os profissionais da estratégia saúde da família, o ACS é um mediador enquanto facilitador do trabalho junto à comunidade, quando essa mediação é considerada relevante na produção do plano terapêutico do usuário há uma horizontalização das relações de poder, com o prestígio do trabalho do ACS, quando essa mediação é considerada acessória e o trabalho do ACS é visto como subalterno e há uma intensificação de conflitos dentro da equipe.

Para a Gestão, a mediação assume um caráter educador, todavia este processo pode ocorrer no sentido de tencionar as reivindicações populares ou de reproduzir o discurso da instituição, apoiando a gestão. O investimento em uma Educação Permanente voltada para a Educação Popular, com a promoção do protagonismo do usuário, prestigia o ACS, que tem no uso de tecnologias relacionais a base do seu trabalho, todavia a crença que o ACS deve realizar um trabalho abnegado, de doação, o direciona a práticas assistencialistas subestimando a

autonomia dos sujeitos e sobrecarregando-o com a responsabilidade de repassar o conhecimento para a comunidade.

Para o ACS seu papel é mediar os interesses e as necessidades da população junto a equipe, doando-se, estando sempre disponível, o que fortalece seu vínculo com a comunidade e causa satisfação, todavia ao não limitar o espaço público e o privado de sua vida é sobrecarregando com os problemas da comunidade, o que proporciona desgaste.

A mediação do agente comunitário de saúde assume um significado distinto, segundo a necessidade de cada sujeito envolvido no seu processo de trabalho. Este profissional, apesar de não ter um corpo de conhecimento formal, tem sua importância construída historicamente, desde suas origens como líder comunitário, passando pelo processo de institucionalização ao ser inserido na equipe da ESF e atualmente integrando um sistema de saúde de caráter universal, todavia com investimentos escassos, onde assume um papel fundamental de instrumento de equidade.

A equipe de saúde e a Gestão necessita das habilidades deste profissional para aproximar-se da comunidade, no sentido de manter este território sob vigilância a fim de controlar riscos com a oferta de uma cesta básica e escassa de serviços, propostos pela Atenção Primária Seletiva. A população por sua vez, reconhece no ACS um representante de suas necessidades, um instrumento de equidade e facilitador do acesso ao serviço de saúde, daí a importância deste profissional, citado por todos os sujeitos como essencial ao funcionamento do atual modelo de saúde.

O agente comunitário de saúde sobrevive ao longo destes 25 anos reinventando-se segundo as demandas de cada momento histórico e articulando-se junto aos sujeitos em meio a conflitos e negociações, pois como elo de diferentes não concilia interesses, mas equilibra-se entre disputas de poder. Seu processo de trabalho em constante movimento abriga potencialidades e fragilidades a serem desenvolvidas mediante o encontro com os sujeitos.

O Grupo de Análise, após as discussões, apontou algumas estratégias para enfrentamento do problema atual: os diferentes significados dados ao papel do ACS, com a conseqüente confusão de atribuições e a sobrecarga de trabalho deste profissional (FIGURA 7).

**Figura 7 – Descrição das estratégias de enfrentamento da confusão de atribuições e sobrecarga do trabalho do ACS**



Fonte: Elaborada pela autora.

Foram definidas como estratégias que poderiam ser trabalhadas no município o investimento numa Educação Permanente com vínculo na Educação Popular buscando a autonomia dos sujeitos e o desenvolvimento de tecnologias leves na relação com o usuário e a co-responsabilização. Por outro lado, seria necessário o empenho da Gestão para repensar as atribuições dadas aos ACS, em especial as de cunho burocrático, que poderiam ser remanejadas para profissionais da área administrativa, como a entrega de referências agendadas para a Policlínica Regional de Limoeiro e Centro de Especialidades Odontológicas. Estas estratégias por necessitarem de uma articulação política e por estarmos no final de um mandato de quatro anos do atual prefeito municipal, com possíveis mudanças na próxima gestão, não foram consideradas viáveis, pelo Grupo de análise, para compor o Plano de Ação a ser desenvolvido neste estudo.

Todavia foram identificadas como estratégias possíveis a serem trabalhadas: a discussão junto às equipes das relações de poder e a busca pela horizontalização deste poder, através da participação mais efetiva do ACS nas decisões da equipe e a divulgação da legislação e atribuições do ACS, junto aos sujeitos, em especial, profissionais da ESF e usuários.

Estas estratégias foram levadas juntamente com as discussões do Grupo de Análise para uma segunda etapa de estudo coletivo realizado no Seminário.

### **5.3.2 O Seminário e o plano de ação**

Foi realizado no dia 19 de agosto o Seminário (APÊNDICE P) com os ACS. O Seminário, segundo Thiollent (2011) é uma das etapas da pesquisa-ação e tem como tarefas, entre outras, elaborar interpretações e buscar soluções de diretrizes de ação.

Participaram 27 ACS dentre os 50 convidados, atuando no município. A pesquisadora apresentou a pesquisa e esclareceu aos ACS que o Seminário era parte integrante da análise na pesquisa-ação, estes foram divididos em cinco equipes, cada equipe recebeu a denominação de um super-herói, o que desencadeou a discussão sobre a concepção divulgada nos documentos oficiais do Ministério de Saúde, onde o ACS é o profissional que vai salvar a população das suas próprias práticas inadequadas de saúde.

Após a apresentação e a divisão dos grupos, deu-se início as discussões em salas separadas, cada equipe discutiu uma temática diferente. As temáticas foram construídas a partir dos discursos dos sujeitos coletivos construídos anteriormente pela pesquisadora, e consistiram em:

Equipe SheRa: O papel do ACS é educar X O papel do ACS é transmitir recados; O papel do ACS é assistencialismo X O ACS deve ter um olhar ampliado. O que vocês pensam destas visões aparentemente contraditórias?

Equipe Homem Aranha: O papel do ACS é prejudicado pela formação deficiente. O que vocês pensam sobre isso?

Equipe Mulher Maravilha: Segundo resultados da pesquisa, o papel do ACS é ser um elo entre a equipe e a comunidade, devendo ter empatia, identificação com o trabalho, ética, vínculo e saber trabalhar em equipe a fim de promover ações de Prevenção de Doenças e Promoção à Saúde, além de acompanhar grupos de

risco, todavia ainda há uma confusão de atribuições, o que vocês pensam sobre isso?

Equipe Capitão América: Qual o limite entre promover o acesso da população ao serviço de saúde e o assistencialismo pelo ACS?

Equipe Super Homem: Existe um desconhecimento da legislação do ACS? Há relações de poder dentro da comunidade, dentro da equipe de saúde e com a Gestão? Alguma vez vocês já tentaram impor algo à comunidade ou a equipe tentou impor algo a vocês? O que fazer nessas situações?

Cada equipe tinha um coordenador e relator e recebia a supervisão da pesquisadora para algum esclarecimento. Após as discussões em grupo, cada equipe elaborou um relatório, a partir do instrumento entregue previamente com os temas, e ao final um relator de cada equipe apresentou as discussões do seu grupo a todos os participantes, através de cartazes.

A equipe SheRa referiu que o papel de transmissor de recados existe porque há atualmente uma sobrecarga burocrática como preenchimento de cadastros e entrega de referências que reduz o tempo do ACS para realizar as atividades de Educação em Saúde.

A equipe Homem Aranha relatou que há uma escassez de capacitações ou cursos de formação para o ACS e que há uma necessidade de trabalhar a auto-estima e o emocional destes profissionais, citando como positiva a experiência com um grupo terapêutico voltado para os ACS que teve no município.

A equipe Mulher Maravilha identificou-se com os papéis citados na pesquisa de elo, promotor de saúde e prevenção de doenças, mas ressaltou que a confusão que a população e os profissionais fazem de suas atribuições causa desgaste.

A equipe Capitão América apontou ser difícil evitar o assistencialismo, mas o uso de critérios como família de risco, idoso que reside sozinho, facilita ao explicar a população porque leva a medicação para uns e para outros não.

A equipe Super Homem ressaltou a necessidade de discutir as relações de poder na equipe e no território, bem como divulgar a legislação que regulamenta as atribuições do ACS dentro da equipe.

Como resultado do Seminário, os ACS definiram como principal problema enfrentado: a sobrecarga burocrática e a dificuldade na compreensão do papel do ACS pelos usuários, profissionais da ESF e entre alguns ACS.

Como recomendações para enfrentamento do problema tivemos as seguintes recomendações pelos ACS:

- A necessidade de divulgar junto a população as atribuições dos ACS;
- Discutir junto às equipes da estratégia saúde da família as atribuições dos ACS e as relações de poder dentro da equipe;
- Construir uma proposta de Educação Permanente que considere as demandas dos ACS listadas: grupos terapêuticos, capacitações em temas como imunização, saúde do idoso, hipertensão e diabetes, tuberculose e hanseníase, famílias de risco, redes de apoio e recursos sociais e o cuidado às famílias.

A partir das contribuições do Seminário e do Grupo de Análise construiu-se o Plano de Ação (APÊNDICE J).

O Plano de Ação foi direcionado em duas estratégias, avaliadas a factibilidade e a viabilidade:

- A divulgação da legislação com as atribuições dos ACS entre os profissionais da ESF;
- A discussão nas equipes da horizontalização do poder e conflitos de relação na equipe e no território.

As demais estratégias de enfrentamento da desvalorização do ACS pela sobrecarga e confusão de atribuições do ACS, discutidas no Grupo de Análise e Seminário foram consolidadas em um documento a ser entregue como sugestões à Gestão:

- Necessidade da Gestão em rever atribuições burocráticas dos ACS - Reestruturação da Central de Regulação do município, responsável pelo agendamento de consultas especializadas a fim de reduzir a sobrecarga burocrática sobre os ACS;
- Discutir as relações de poder junto à Gestão - Programar a realização de reuniões trimestrais com representantes da Estratégia Saúde da Família (ACS e demais Profissionais de Saúde) e a Gestão a fim de discutir de forma democrática questões do processo de trabalho relacionadas a direitos trabalhistas (Mesa de Negociação Permanente);
- Investimento na formação do ACS - Construção de uma proposta de Educação Permanente para os ACS, a partir das necessidades

referenciadas por estes e que na elaboração sejam envolvidos representantes dos Profissionais da ESF e ACS.

O Plano de Ação teve como objetivo divulgar as atribuições do ACS dentro da equipe e discutir as relações de poder, por meio de reuniões nas oito unidades da Estratégia Saúde da Família, coordenadas pelos ACS, com as nove equipes do município.

Foi confeccionado um banner (APÊNDICE M) explicativo com a legislação e as atribuições dos ACS, o qual foi utilizado nas reuniões nas unidades de saúde da família e posteriormente ficou exposto na unidade básica de saúde para atividades educativas junto aos usuários.

As reuniões (APÊNDICE Q) com as equipes da ESF foram realizadas entre os dias 15 e 20 de setembro, participaram a maioria dos membros da equipe e a coordenadora da Atenção Básica do município. Após a apresentação do banner foram discutidas as várias formas de imposição de poder seja no território pelo ACS junto a população, seja na equipe, pelos profissionais junto ao ACS, seja pela gestão sobre a equipe. Após as discussões foi aplicada uma avaliação formal (APÊNDICE L) a todos os participantes.

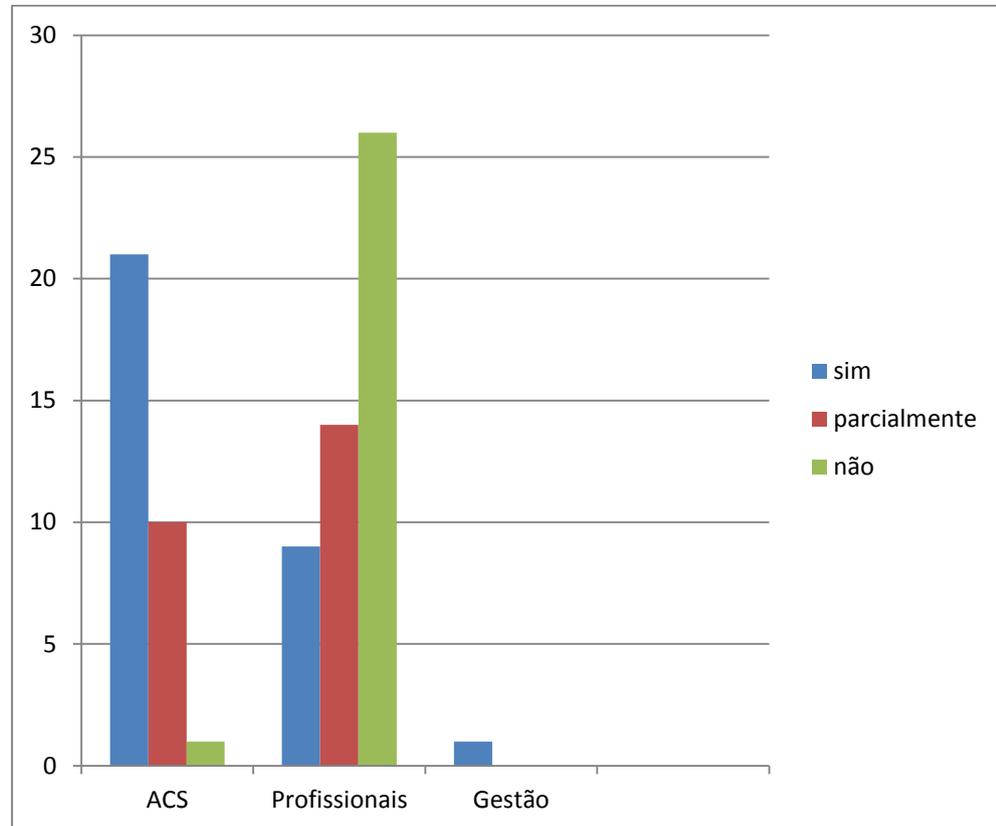
### **5.3.3 A avaliação do plano de ação**

No dia 21 de setembro houve a última reunião do Grupo de Análise quando foi realizada a avaliação (APÊNDICE L) final da pesquisa com a participação de um usuário, três ACS, um representante da Gestão, dois profissionais da ESF e a pesquisadora.

A avaliação formal era composta de quatro questões: a primeira a fim de verificar o conhecimento dos componentes das equipes da ESF com relação a Lei nº 11.350/2006 que regulamenta as atividades do ACS e a Lei nº 12.994/2012 que define o piso salarial do ACS; a segunda questão tratou sobre o conhecimento das equipes quanto a Portaria de Atenção Básica de nº 2.488/2011 que define as atribuições dos membros da equipe; a terceira questionou se o ACS era consultado pela equipe nas decisões sobre funcionamento da unidade de saúde e a quarta interrogava se a reunião ajudou a compreender melhor o papel do ACS.

A avaliação aplicada durante o Plano de Ação teve seus dados consolidados que indicaram:

**Gráfico 1 – Integrantes das equipes da ESF de Quixeré que conhecem as Leis nº 11.350/2006 e nº 12.994/2014**

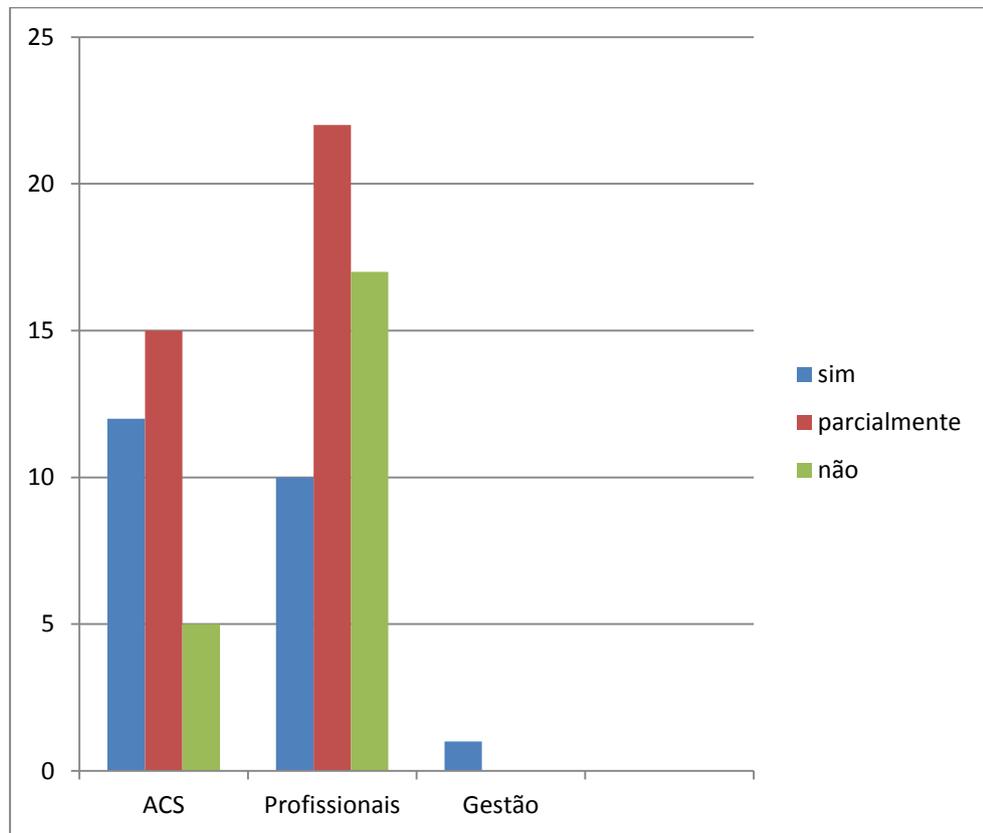


Fonte: elaborado pela autora.

Com relação a questão 1: Você conhecia as Leis de nº 11.350/2006 que regulamenta as atividades do ACS e a de nº 12.994/2014 que define o piso salarial?

- 96% dos ACS participantes referiram que conheciam as Leis, sim (21) ou parcialmente (10).
- 53% dos profissionais da ESF participantes referiram que não (26) conheciam as Leis.
- 100% dos participantes, representando a Gestão, (1) referiu que sim, conhecia.

**Gráfico 2 – Integrantes das equipes da ESF de Quixeré que conhecem a Portaria nº 2.488/2011**

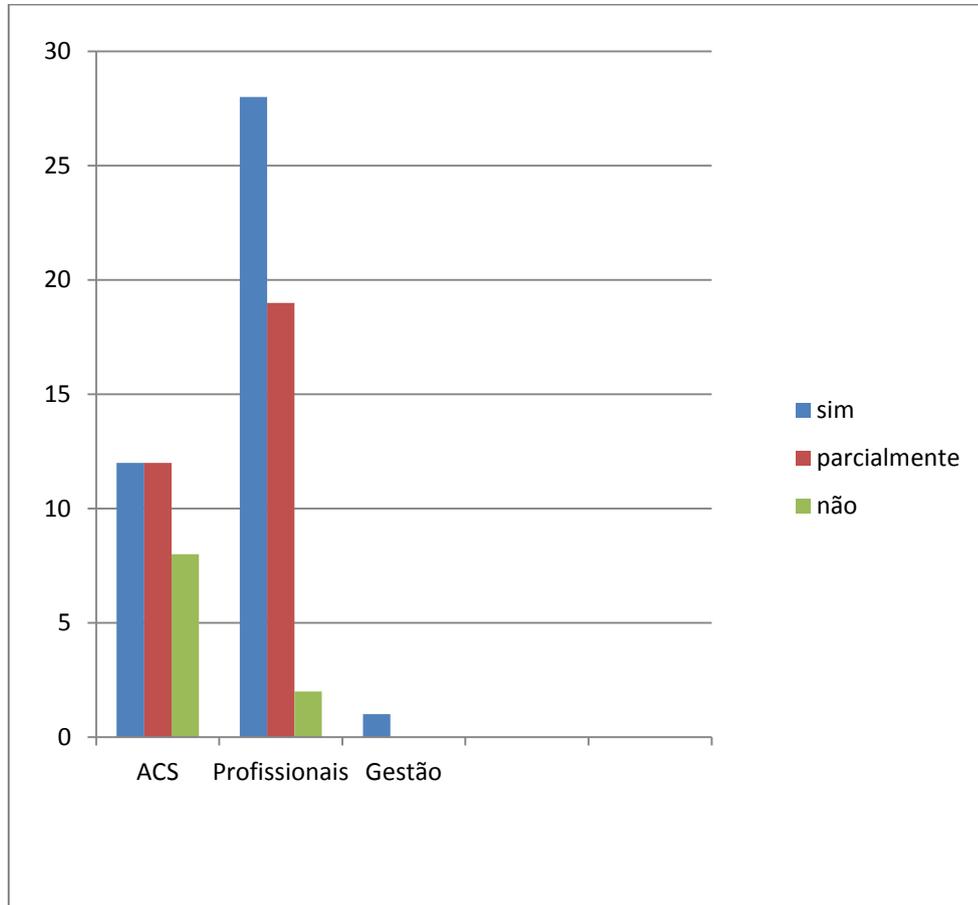


Fonte: elaborado pela autora

Com relação a questão 2: Você conhecia a Portaria nº 2.488/2011 que trata das atribuições da equipe de Atenção Básica?

- 84% dos ACS participantes referiram que conheciam a Portaria, sim (12) ou parcialmente (15).
- 65% dos profissionais da ESF participantes referiram que conheciam a Portaria, sim (10) ou parcialmente (22).
- 100% dos participantes, representando a Gestão, referiu que sim (1), conhecia.

**Gráfico 3 – Integrantes das equipes da ESF de Quixeré que consultam o ACS para decidir sobre o funcionamento da unidade de saúde**

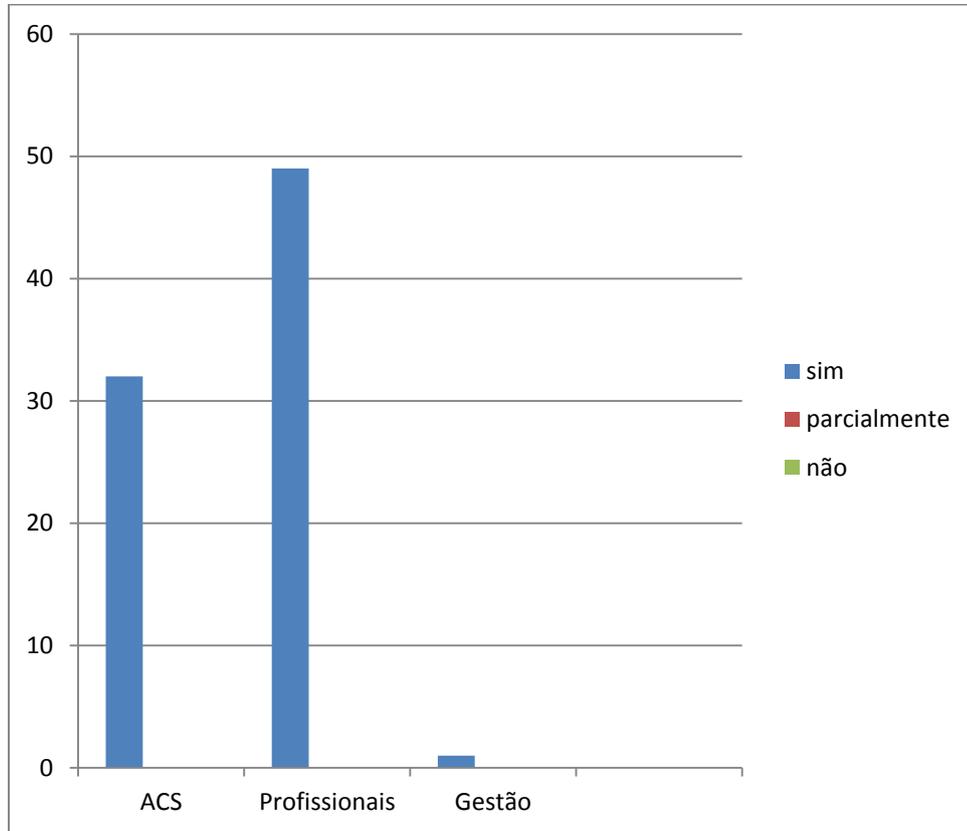


Fonte: elaborado pela autora

Com relação a questão 3: Sua equipe (Saúde Bucal, Saúde da Família e NASF) sempre consulta o ACS para decidir mudanças na escala e funcionamento da unidade de saúde?

- 75% dos ACS participantes referiram que eram consultados, sim (12) ou parcialmente (12);
- 95,9% dos profissionais da ESF participantes referiram que consultavam, sim (28) ou parcialmente (19);
- 100% dos participantes, representando a Gestão, referiu que sim (1), consultava.

**Gráfico 4 – Integrantes das equipes da ESF de Quixeré que referiram que a reunião ajudou a compreender melhor o papel do ACS**



Fonte: elaborado pela autora

Com relação a questão 4: Esta reunião ajudou você a compreender melhor o papel do ACS?

- 100% dos ACS participantes referiram que sim (32), ajudou.
- 100% dos profissionais da ESF referiram que sim (49), ajudou.
- 100% dos participantes, representando a Gestão, referiu que sim (1), ajudou.

Durante os encontros nas unidades básicas de saúde, para execução do Plano de Ação, tivemos a participação de 82 pessoas, sendo que 32 eram ACS e 49 profissionais da ESF (médicos, dentistas, enfermeiros, educador físico, auxiliares de saúde bucal, técnicas de enfermagem, auxiliares de serviços gerais, auxiliares administrativos e motoristas) e 1 era a coordenadora da Atenção Básica do município, que participou da maioria dos encontros deslocando-se até as unidades.

A partir dos resultados desta avaliação o Grupo de Análise concluiu que:

- A maioria dos ACS conhecia as leis que regulam suas atividades, no entanto a maioria dos profissionais da ESF desconheciam as leis que regulam as atividades dos ACS;
- A maioria dos ACS e profissionais da ESF conhecia a Portaria de nº 2.488/2011 da Atenção Básica;
- A maioria dos ACS referiu que são consultados para a decisão de mudanças na escala ou funcionamento da unidade de saúde e a maioria dos profissionais da ESF consultam os ACS com relação a esse tema;
- Após a reunião todos os participantes, de forma unânime, afirmaram que a reunião contribuiu com a melhoria da compreensão do papel do ACS.

Foi possível verificar que o Plano de Ação teve seu objetivo alcançado de divulgar e discutir nas equipes da Estratégia de Saúde da Família a legislação que regulamenta a profissão do ACS, suas atribuições e as relações de poder dentro do território e na equipe.

Realizamos também a avaliação processual que indicou o alcance dos objetivos da pesquisa. São eles:

- Conhecer como ocorreu a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em Quixeré;
- Identificar o significado do papel do ACS junto aos sujeitos envolvidos no seu processo de trabalho;
- Promover a discussão, junto aos atores implicados no processo de trabalho do ACS, a fim de possibilitar uma ressignificação do papel deste profissional, dentro da equipe e da comunidade no município de Quixeré.

A compreensão do processo de implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Quixeré, ocorrida na década de 1990, como estratégia para enfrentamento de secas e enchentes, integrando o plano de emergência do governo estadual no Ceará e sob as diretrizes da Atenção Primária Seletiva foi importante para entender a visão ambígua que os sujeitos têm do ACS.

Na realidade este ACS foi influenciado por uma educação vertical, orientada por visitantes sanitários e posteriormente reproduzindo o discurso institucional, após ser integrado à equipe de Saúde da Família, todavia é oriundo da comunidade, onde representava uma liderança popular e tinha uma experiência

prévia com a Pastoral da Criança, movimento da Igreja Católica com influência na Educação Popular.

Alguns ACS que trabalham no município são da época da implantação e adaptaram-se às mudanças ao longo dos anos, reinventaram-se e atuam segundo as condições da comunidade, da sua equipe e da gestão, ora numa prática mais vertical assistencialista, ora numa prática mais emancipadora, negociando com os diversos sujeitos. A presença nos grupos focais de ACS e profissionais que vivenciaram o processo desde o início, na década de 1990, foi um momento de grande riqueza e de repasse de experiências para os profissionais mais novos no município.

Na identificação dos significados encontramos uma diversidade de sentidos entre os sujeitos quanto ao papel do ACS. Para os usuários o ACS representa o acesso ao serviço de saúde, para os profissionais da ESF o papel do ACS é apoiar e facilitar o trabalho da equipe, para a gestão o papel do ACS é o de educador e de fazer a ligação entre a equipe e as famílias e para o próprio ACS seu papel é doar-se para a comunidade, representando seus interesses junto à equipe.

A discussão junto aos atores implicados foi um processo contínuo durante todas as fases da pesquisa, desde a fase exploratória de aproximação do objeto, que ocorreu através de oficinas, o Seminário até a avaliação final com o Grupo de Análise. Estes momentos de discussão permitiram compreender que há uma diversidade de significados quanto ao papel do ACS entre os sujeitos, entender os fatores que contribuíram para essas concepções e tentar viabilizar estratégias para esclarecer o papel deste profissional junto aos sujeitos.

Galavote *et al.* (2013) descreve o trabalho do ACS como potência, diversidade, indefinição, busca, rupturas, contratualidades e fugas. Acreditamos que dois fatores são importantes para desencadear essa prática reflexiva no sentido do ACS reinventar-se: a criação de espaços de discussão com os diversos sujeitos envolvidos no seu processo de trabalho e o investimento na formação do agente comunitário de saúde.

Com a pesquisa-ação procuramos proporcionar estes momentos de discussão e com relação à formação do ACS será entregue à Gestão sugestões propostas pelos ACS durante o Seminário.

#### **5.3.4 Sugestões a serem apresentadas a gestão**

Os agentes comunitários de saúde, durante o Seminário, diante da necessidade de capacitações que potencializem seu processo de trabalho em equipe e na comunidade listaram alguns temas que poderão ser discutidos:

- Grupos terapêuticos para os ACS;
- Trabalho com famílias, em especial as de risco;
- Redes de apoio social;
- Utilização de redes sociais;
- Saúde Mental;
- Cuidados Paliativos;
- Saúde Bucal;
- Uso de álcool e drogas;
- Imunização;
- Como assistir ao idoso;
- Hipertensão e Diabetes;
- Tuberculose e Hanseníase;
- Utilização de redes sociais;

Foi sugerido o uso de metodologias ativas com enfoque na Educação Popular e o envolvimento dos profissionais da ESF e dos próprios ACS na fase de planejamento da Proposta, caso seja assumida pelo gestor.

As sugestões de Reestruturação da Central de Regulação do município e da criação da Mesa de Negociação também foram relacionadas a serem apresentadas à Gestão.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção de elo mediador dada ao papel do agente comunitário de saúde, citada nos discursos dos diversos sujeitos envolvidos no seu processo de trabalho (gestores, profissionais da estratégia saúde da família, usuários e os próprios ACS), apesar de aparentar um consenso, revela nas distintas interpretações do termo “elo mediador” a implicação de cada sujeito, desvalorizando ou prestigiando o trabalho do ACS.

Os profissionais da estratégia saúde da família saúde definem o papel do ACS como elo entre a comunidade e a equipe, na perspectiva destes como facilitadores do seu trabalho, todavia quando o ACS não é considerado na tomada das decisões a sua participação é tida como subalterna no processo de construção do plano terapêutico, fortalecendo a divisão técnica e social do trabalho com a hierarquização do poder dentro da equipe, legitimada pela gestão. No entanto os profissionais conhecem e utilizam algumas estratégias que promovem uma maior horizontalidade de poder na relação em equipe, como a valorização da fala do ACS, seja na discussão da escala de atendimento, seja nas reuniões de equipe, seja no atendimento de suas demandas emergenciais, o que tem aumentado a integração do ACS com os membros da equipe, em especial com o cirurgião-dentista e a auxiliar de saúde bucal.

O ACS percebe seu papel como um representante dos interesses e necessidades da população junto a equipe de saúde, todavia realiza este trabalho como uma doação pessoal, tendo dificuldades de limitar o espaço público e o privado de sua vida profissional, já que ao residir no território acredita necessitar estar disponível sempre para a comunidade. O vínculo com a comunidade é citado no seu discurso de forma mais evidente do que o vínculo com a equipe, identifica-se mais com a comunidade e ora promove autonomia quando se utiliza de tecnologias relacionais e estratégias criativas de enfrentamento de problemas do território, ora utiliza a reprodução do discurso normativo, centrado em procedimentos e práticas sanitárias, sem considerar a subjetividade dos sujeitos, daí a confusão da percepção deles pela comunidade que em alguns momentos o vê como simples transmissor de recados e em outros o define como muito importante, não conseguindo imaginar o serviço de saúde sem o ACS.

O usuário evidencia no seu discurso, o papel do ACS como o mediador que proporciona o acesso da comunidade ao serviço de saúde, na maioria das vezes, compreende que algumas pessoas mais vulneráveis da comunidade necessitam de uma prioridade na facilitação do acesso ao serviço e um cuidado maior pelo ACS, enxergando nele um trabalhador que promove esta equidade e direciona o fluxo para a Atenção Básica, contribuindo na manutenção e organização de um sistema de saúde de caráter universal, todavia pelos serviços não atenderem as demandas da população o usuário acaba pressionando o ACS, a fim de conseguir as mesmas vantagens de facilitação de acesso ou desenvolver práticas de enfermagem, como no passado.

Em resposta, o ACS tenta, através da orientação individual durante as visitas, explicar quais são suas atribuições por meio de um processo educativo lento e persistente, entretanto algumas vezes, acaba cedendo ao assistencialismo, como numa troca de favores, seja facilitando o acesso a algum profissional da equipe, a alguma medicação, exames ou especialistas.

A gestão reproduz o discurso oficial definindo o papel do ACS como elo entre a equipe e a comunidade, mas o define como educador, visualizando o trabalho do ACS como uma abnegação, em benefício de um bem maior, o que dificulta a criação de espaços de cogestão ativos, onde se busque o equilíbrio, negociado por todas as partes, dos interesses do trabalhador, da instituição e das necessidades do usuário. Em geral a negociação é feita em momentos de crise, apenas entre os dois polos (Gestão e ACS), o que causa desgastes e confrontos. Por outro lado, investe numa Educação Permanente voltada à Educação Popular e reconhece a importância do ACS como educador e promotor de equidade no serviço.

Como vimos há uma ambiguidade, ou seja, diferentes sentidos dados por cada sujeito ao papel do ACS. Aparentemente o discurso de elo mediador da equipe de saúde e comunidade prevalece, mas cada sujeito tem uma interpretação de como se dá essa mediação, para o usuário é acesso, para os profissionais é apoio ao seu serviço, para a gestão é educar e para o ACS é representar o interesse da comunidade junto à equipe.

Em decorrência destes diversos significados e das implicações de cada sujeito há uma confusão de atribuições sobrecarregando o ACS. As estratégias encontradas junto aos sujeitos, durante o processo de análise dos dados, apontaram

alguns caminhos no sentido de contribuir para a melhoria do processo de trabalho do ACS.

A divulgação da legislação do ACS, o investimento numa proposta de Educação Permanente para o ACS, com base na Educação Popular, a discussão de reestruturação da Central de Regulação, com a redução do serviço de entregas de referências pelo ACS e a discussão junto as equipes da estratégia de saúde da família das relações de poder dentro da equipe e do território, além da criação de Mesas Permanentes de Negociação para discutir questões que equilibrem os interesses dos trabalhadores, das necessidades dos usuários e da manutenção dos serviços de saúde são propostas a fim de reduzir esta confusão e sobrecarga de atribuições do ACS com a melhoria do seu processo de trabalho.

A discussão entre os sujeitos, a fim de discutir, compreender os diversos sentidos e ressignificar o papel do ACS, foi possível nas várias fases da pesquisa, desde a coleta de dados, durante os grupos focais, onde foi feita uma reflexão sobre o processo de trabalho do ACS, nas reuniões com o Grupo de análise, com representantes de cada sujeito, no Seminário com os ACS e na execução do Plano de Ação, onde foram envolvidos os membros da equipe, usuários e gestores.

Os ACS foram convidados a continuar com os momentos de discussão junto aos usuários nas unidades básicas de saúde e durante as visitas domiciliares, com a divulgação do banner e do vídeo, contendo suas atribuições. A proposta a ser apresentada a Gestão de Educação Permanente para os ACS, com vínculo na Educação Popular, envolvendo os profissionais da ESF do próprio município, é um convite para reflexão sobre as responsabilidades de cada sujeito no processo de ressignificação do trabalho do ACS e conseqüentemente de toda a equipe da estratégia saúde da família.

Durante o período desta pesquisa, houve no município, alguns momentos promovidos pela Gestão para discussão de projetos políticos, devido ao período de campanhas eleitorais, quando os sujeitos citaram algumas demandas do processo de trabalho do ACS, como a sobrecarga de atribuições, a qual poderia ser reduzida pela reestruturação da Central de Regulação, estratégia discutida no Grupo de Análise e no Seminário, sugestão acatada pela Gestão, a qual já inseriu modificações no funcionamento deste setor, enquanto seguíamos com este estudo.

Esse fato demonstra a influência da pesquisa-ação como desencadeadora dos processos de discussão e reflexão direcionados a uma transformação da realidade, que ocorre não somente em decorrência do Plano de Ação, mas a partir do protagonismo dos sujeitos.

A proposta de promover momentos de discussão sobre o papel do agente comunitário de saúde, inserido na equipe saúde da família, junto aos usuários, gestores e profissionais da estratégia foi alcançada e o processo de ressignificação, no sentido de compreender as concepções de cada sujeito, as atribuições definidas na legislação para o ACS e os fatores históricos que influenciaram na construção deste papel foram essenciais para a identificação de possíveis estratégias que potencialize o processo de trabalho do agente comunitário de saúde e conseqüentemente de toda equipe da estratégia saúde da família.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2003.
- ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, jan. 2011a.
- \_\_\_\_\_. Origem e evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 159-168, abr./jun. 2011b.
- BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 358-365, Botucatu, 2013.
- BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. 3 ed. Brasília: Líber Livro Editora, 2007.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008a.
- \_\_\_\_\_. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. **Trab. educ. saúde**, v. 6, n. 3, p. 457-480, 2008b.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 20 set. 2015.
- \_\_\_\_\_. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para o curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 10.507**, de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a criação da profissão do Agente comunitário de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10507.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10507.htm)>. Acesso em: 20 set. 2015.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 11.350**, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm)>. Acesso em: 20 set. 2015.
- BRASIL. **Lei nº 12.994**, de 17 de junho de 2014. Institui o piso salariais profissionais nacionais e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/l12994.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12994.htm)>. Acesso em: 20 set. 2015.

CAMPOS, W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, cap. 4, p. 121-142.

COELHO, C. M. A.; ANDRADE, L. O. M. Impacto provocado pela implantação do Programa Saúde da Família sobre as ações dos agentes comunitários de saúde- o caso de Sobral/CE. **Revista Sobralense de Políticas Públicas-SANARE**, Sobral, v. 5, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/134>>. Acesso em: 20 set. 2015.

CONILL, E. M. Ensaio histórico- conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 7-27, 2008.

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

COSTA, M. C.; SILVA, E. B.; JAHN, A. C.; RESTA, D. G.; COLOM, I. C. S.; CARLI, R. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 134-140, 2012.

DANTAS, D. S. G; SILVA, M. R. F. Possibilidades da educação popular em saúde na transformação do processo de trabalho da estratégia Saúde da Família. **Revista de APS**, v. 18, n. 4, 2016.

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

FERREIRA, V. S. C. **Micropolítica do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde**: território de produção de cuidado e subjetividades. 2008. 309 f. Tese de Doutorado (Doutorado em Clínica Médica) – Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FLORES, O.; SOUSA, M. F. S.; HAMANN, E. M. Agentes comunitários de saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 123-136, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

- FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. G. C.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 525-552, 2013.
- FRACOLLI, L. A.; GOMES, M. F. P.; GRYSCHKEK, A. L. F. P. L. Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 919-927, 2014.
- GALAVOTE, H. S.; FRANCO, T. B.; LIMA, R. C. D.; BELIZÁRIO, A. M. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 575-586, 2013.
- GALAVOTE, H. S.; PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011.
- GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. cap. 16, p. 493-546.
- JESUS, A. S.; SANTOS, F. P. A.; RODRIGUES, V. P.; NERY, A. A.; MACHADO, J. C.; COUTO, T. A. Atuação do agente comunitário de saúde: conhecimento de usuários. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 239-244, 2014.
- LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. **Revista Sobralense de Políticas Públicas-SANARE**, Sobral, v. 5, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/134>>. Acesso em: 20 set. 2015.
- LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A M C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.
- LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.
- MEIRA, R. M. M. B. P. **O agente comunitário de saúde**: convergências e divergências, na percepção dos próprios agentes, dos médicos, enfermeiros e usuários do serviço. 2008. 161 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista de Medicina Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2008.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

XIMENES NETO, F. R. G. **Gerenciamento do território na estratégia saúde da família:** o processo de trabalho dos gerentes. 2007. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

OLIVEIRA, D. T.; FERREIRA, P. J. O.; MENDONÇA, L. B. A.; OLIVEIRA, H. S. O. Percepções do agente comunitário de saúde sobre sua atuação na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n.1, p. 132-137, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26386>>. Acesso em: 20 set. 2015.

OMS. **Atención Primaria de Salud:** Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. 38p.

PEREIRA, M. A. O.; BARALHAS, M. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 31-46, 2011.

PERES, C. R. F. B.; CALDAS JUNIOR, A. L.; SILVA, R. F. S.; MARIN, M. J. S. Ser agente comunitário de saúde: motivação e significado. **Reme- Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 14, n. 4, p. 559-565, 2010.

QUEIRÓS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 257-281, 2012.

SILVA, M R F. **Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da estratégia saúde da família:** uma cartografia da micropolítica. 2012, f. 199. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2012.

STARFIELD, B. Atenção Primária e sua relação com a saúde. In: **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, cap.1, p. 19-41.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VELOSO, C. Notas históricas sobre o Programa Saúde de Família em Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 14, n. 1, p. 66-73, 2004.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: "O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: RESSIGNIFICANDO SEU PAPEL", onde pretendemos analisar o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, a partir da discussão do papel do ACS, na visão dos próprios ACS, gestores, usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Quixeré-CE, contribuindo para uma maior legitimação deste profissional. Assim, gostaríamos de contar com a sua participação nos grupos focais e entrevistas, permitindo que os relatos possam ser filmados e gravados, transcritos e analisados, buscando elucidar o objeto de estudo investigado. Informamos que a pesquisa não traz risco a sua saúde, todavia no caso de desconfortos no momento da entrevista e dos grupos focais serão previstas e asseguradas pausas para descanso, bem como providenciaremos ambiente privado, com lanches e banheiros. Você pode desistir de participar da pesquisa no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo. Os dados coletados serão divulgados, no entanto, é garantido o sigilo sobre sua identidade. Caso ainda tenha alguma dúvida, poderá sempre consultar a pesquisadora responsável pelo estudo, enfermeira Vivian Carlla Brilhante Chaves (vivianchaves@hotmail.com) pelo telefone (88) 999279843 ou a orientadora da pesquisa, Profa. Dra. M<sup>a</sup> Rocineide Ferreira da Silva (rocineideferreira@gmail.com). Quaisquer esclarecimentos adicionais podem ser obtidos diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da UECE pelo telefone (85) 3101-9890. Você receberá uma cópia deste TCLE. Certos de contar com sua colaboração, agradecemos antecipadamente.

---

Vivian Carlla Brilhante Chaves (Responsável pela Pesquisa)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento da pesquisa: "O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: RESSIGNIFICANDO SEU PAPEL", tendo sido devidamente esclarecido(a) de seu objetivo, método e condições ética legais, concordando em dele participar.

Quixeré, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Assinatura do(a) participante

---

Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE B – Termo de anuência

Ao Sr. Secretário Municipal de Saúde de Quixeré

Será desenvolvida a pesquisa ***O processo de trabalho do agente comunitário de saúde: ressignificando seu papel.*** Neste estudo, pretende-se proporcionar uma discussão sobre o processo de trabalho do agente comunitário de saúde, junto aos diversos sujeitos envolvidos nessa relação (gestores, usuários, profissionais da estratégia saúde da família e os próprios agentes) no município de Quixeré. Assim, venho solicitar a autorização para convidar os agentes Comunitários de Saúde, a Coordenadora da Atenção Básica do município, o Senhor Secretário Municipal de Saúde, Usuários e Profissionais da Estratégia Saúde da Família desse município para colaborarem com essa pesquisa através da participação nos grupos focais e entrevistas, quando será abordado o significado do papel do Agente Comunitário de Saúde, segundo cada sujeito. Esclareço, que as informações coletadas somente serão utilizadas para responder aos objetivos da pesquisa, culminando com a elaboração da dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em saúde da Família- RENASF.

Em caso de maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Vivian Carlla Brilhante Chaves. Endereço: Rua Cel. José Estácio, 2367, Centro, Limoeiro do Norte, Ceará. Telefone: (88) 99927 9843. Assumo perante a Secretaria Municipal de Saúde de Limoeiro a responsabilidade pelo presente termo.

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Vivian Carlla Brilhante Chaves

De acordo: \_\_\_\_\_

João Urânio Nogueira Ferreira

Secretário Municipal de Saúde de Quixeré

## APÊNDICE C – Roteiro do grupo focal 1 (agentes comunitários de saúde)

1. Você vivenciou ou tem algum conhecimento de como se deu a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em Quixeré?
2. Existe alguma diferença do trabalho do Agente Comunitário de Saúde daquela época (1988) e dos dias atuais?
3. O que te levou a trabalhar como Agente Comunitário de Saúde? Você pode falar sobre isso?
4. Na sua opinião, porque você foi selecionado(a) para trabalhar como Agente Comunitário de Saúde?
5. Fale quais qualidades você considera essencial para desenvolver o trabalho como agente comunitário de saúde?
6. Em que local de trabalho, você, como Agente Comunitário de Saúde, sente-se mais à vontade, na unidade básica de saúde ou na comunidade? Você pode comentar sua resposta?
7. Na sua opinião, qual o papel do Agente Comunitário de Saúde, atualmente?
8. Você acredita que os outros profissionais da equipe Saúde da Família, os usuários do serviço do Saúde da Família e os gestores sabem qual é o papel do agente comunitário de saúde? Comente.
9. Você sente-se valorizado pelos colegas da equipe Saúde da família, pela comunidade e pelos gestores?

APÊNDICE D – Roteiro do grupo focal 2 (profissionais da estratégia saúde da família)

1. Você vivenciou ou tem algum conhecimento de como se deu a implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde em Quixeré?
2. Você percebe alguma diferença no trabalho do Agente Comunitário de Saúde da década de 80 e dos dias atuais, aqui no município? Se não vivenciou o passado, o que você acha do trabalho do ACS hoje?
3. Quais qualidades você considera essenciais para uma pessoa ser Agente Comunitário de Saúde?
4. Como é o seu relacionamento e o da sua equipe com os Agentes Comunitários de Saúde da sua área? Comente.
5. Qual sua expectativa com relação ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde, dentro da sua equipe e área adstrita, ou seja, o que espera que ele produza como resultado do seu processo de trabalho, na sua equipe?
6. Qual a importância do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família atualmente?
7. Na sua opinião, qual o papel do ACS, atualmente? Cite alguma atitude que você tenha feito na sua prática diária de trabalho que retrate sua opinião.

## APÊNDICE E – Roteiro da entrevista com os gestores

- Você vivenciou ou tem algum conhecimento de como se deu a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em Quixeré? Comente.
- Você percebe alguma diferença no trabalho do Agente Comunitário de Saúde da década de 80 e dos dias atuais, aqui no município? Se não vivenciou o passado, o que você acha do trabalho do ACS hoje?
- O que você considera importante para uma pessoa ser um Agente Comunitário de Saúde?
- Qual sua expectativa com relação ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde, que espera que ele produza como resultado do seu processo de trabalho, junto às equipes e na comunidade?
- Qual a importância do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família atualmente?
- Na sua opinião qual é o papel do Agente Comunitário de Saúde, atualmente?
- Você, na função de gestor(a) ou coordenador(a) o que tem feito, como forma de divulgar esse papel junto à comunidade, equipe e administração?

## APÊNDICE F – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS

1. Você vivenciou ou tem algum conhecimento de como se deu a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em Quixeré? Comente.
2. Você percebe alguma diferença no trabalho do Agente Comunitário de Saúde da década de 80 e dos dias atuais, aqui no município? Se não vivenciou o passado, o que você acha do trabalho do ACS hoje?
3. O que você considera essencial nas qualidades do Agente Comunitário de Saúde?
4. Qual sua expectativa com relação ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde na sua comunidade, o que você espera que ele produza na sua rotina de trabalho?
5. Na sua opinião qual é o papel do Agente Comunitário de Saúde, atualmente?
6. Qual a importância do Agente Comunitário de Saúde na sua comunidade hoje?
7. Você conhece o agente de saúde da sua área? Tem algum contato com ele? Já realizaram alguma atividade relacionada à saúde juntos?

## APÊNDICE G – Quadro-síntese da questão 1

### COMO OCORREU A IMPLANTAÇÃO DO PACS NO MUNICÍPIO DE QUIXERÉ?

#### IDÉIAS CENTRAIS

##### Como se deu a implantação

Quando começou o foco era trabalhar na prevenção de doenças, era no período da emergência, tínhamos que ir até onde estava a turma trabalhando, os cassacos, deixar um analgésico, AAS infantil, remédios pra verme, remédio caseiro que a gente fazia e levava. Nas enchentes e nas secas era o agente de saúde que estava responsável para dar nomes de pessoas com muita carência, entregar roupa, o leite e o farelo de trigo, pegava esses meninos pequenos e ia banhar e tirava esses piolhos, fazer vacina de campanha, de gotinha nas crianças, saía de casa em casa. O nosso trabalho era muito difícil, eu já trabalhava na pastoral da criança, já tinha aquelas outras orientações, quantas vezes eu tive de ficar uma manhã inteira fazendo soro e na época de reisado angariava dinheiro pra comprar gotinhas que dão ao recém-nascido com cólicas, além disso, fazíamos reuniões na comunidade, palestra com gestante e até curativo (A2, A3, A5, A6, A7, A8).

Em 91, já tinha agentes de saúde, só do estado, coordenado por uma visitadora sanitária da FUNASA, eles começaram por conta do problema da seca, através de uma seleção, onde líderes comunitários que tinham um vínculo e já moravam nas áreas, há mais de 2 anos foram selecionados, com o papel de realizarem visitas domiciliárias, acompanhavam as famílias e quem tinha hanseníase, tuberculose e vacina, era basicamente isso aí, a questão sanitária e no trabalho de educação em saúde (G1, G2, G3).

Não, não me lembro, nesse tempo a gente não ouvia nem falar de agente de saúde, em 88, mas lembro em 97, na década de 90, por aí, foi que começou a existir essas agentes de saúde, ela passava avisando as vacinas, aquela parte de vacinar os cachorros e esse controle de pressão, o trabalho deles era esse de passar nas casas que tem pessoas doentes, idosas ou que tiveram neném a pouco tempo pra ver como é que está as crianças, o acompanhamento, me avisava das consultas, o pré-natal que eu tinha que fazer e às vezes uma pessoa doente, com uma ferida, elas sempre iam limpar (U1, U4, U6, U8).

Trabalho com agentes de saúde há 22 anos e sou do PSF há 20 anos, iniciei aqui no município como supervisora do Programa de Agentes de Saúde, nesse tempo era só uma supervisora para todos os agentes de saúde, antigamente o trabalho deles era todo voltado para os indicadores do SIAB, era pesar a criança, acompanhar a gestante, fazer visitas à gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculosos, hansenianos, monitorar e orientar quanto ao aleitamento materno, antigamente eles faziam curativos e o banho do bebê, do recém-nascido (P2, P3, P4, P7).

### **Como ocorria a seleção**

Eu tenho nove anos de agente comunitário de saúde, mas tudo nosso foi diferente, a partir da seleção, a nossa seleção foi uma prova, não foi uma seleção de juntar os líderes da comunidade, fazia a prova, você passou, você tirou mais pontos e aí, daí você vai saber o que é o agente comunitário de saúde, entrei assim, jogada, só “pêi e bufo”, menino quase que eu desisto, porque eu não sabia nada, não tive preparação de nada (A1, A4).

### **Primeiro contato**

Lembro que minha agente de saúde passava na minha casa, pra pesar, avisar vacina, quando eu me mudei pra cá, em 2002, que apareceu essa agente de saúde, quando eu estava grávida e na minha segunda gravidez (U2, U3, U6, U7, U9).

Como cliente, quando eu era mais novo, eu tinha uma visão que a agente comunitária era simplesmente uma consultora e distribuidora de farmacêuticos e há 10, 15 anos atrás, ela exercia uma função parecida com a da auxiliar ou técnica de enfermagem (P1, P5).

### **Educação vertical**

Pegava esses meninos pequenos, sujos, tudim com uma bomba e ia banhar e tirava esses piolhos; outra vez teve um senhor, que quando eu sai da casa dele, ele foi lá na minha casa e disse: Olha eu não dei umas tapas na sua esposa agora, ela lá com uma história, querendo que minha esposa, ensinando minha esposa a dar de mamar e a minha esposa não quer e ela lá insistindo. Quando Tasso resolveu criar o agente de saúde ele chamou nós de meninas dos olhos da comunidade, quer dizer eu sou necessária, não importa que você não me queira (A6,A8).

### **Mudanças**

O pessoal da Fundação SESP era muito rigoroso, acho que todo mundo era acompanhado naquela época, hoje em dia a gente prioriza, davam mais assistência às famílias, eles trabalhavam mais a questão da prevenção, hoje, eles tem que ter tempo para estar junto com a equipe saúde da família. Pesas, verificar altura, acolhimento na unidade, retirar prontuário, atualizar os arquivos com prontuários, ações que deveriam ser realizados por outro profissional da ESF. A questão de entrega de referências hoje se faz bem presente, a questão de saúde mental, tem que ver a questão do deficiente, tem que ver a questão de quem faz uso abusivo de algumas drogas. As atividades de mobilização e educação em saúde com a população, se perdeu muito, desvirtuando pra outras funções. Também as diversas secretarias sempre recorrem aos ACS para levantamentos diversos (G1, G2, G3).

### **Mudanças (continuação)**

Eu creio que muita coisa aumentou, agora o papel do agente de saúde cresceu mais, são mais deveres, vejo acessibilidade, antigamente agente de saúde era só pra pesar, dar injeção, hoje não, estão bem mais informados e mais ligados com a gente. As coisas dia a dia vai evoluindo, vai tendo mais crédito de confiança, está muito melhor, a agente de saúde quando começou ninguém via nem falar, hoje é uma pessoa conhecida. Já tem o postinho aqui e o acompanhamento (feito por elas) é bem mais rígido, no entanto, acho que aquela de antigamente era mais esforçada, a de hoje não é muito não, visitando menos, às vezes quando tem alguma coisa, é tipo assim em cima da hora, se tem um recado, assim é muito às pressas. Parece que é pouca agente de saúde pra muita gente (U1, U2, U3, U4, U5, U6, U9).

Hoje elas entendem mais o papel delas nas famílias e com o evoluir destes 8 anos em Saúde Pública estou vendo que a Saúde Bucal está se incorporando mais à Saúde da Família e o agente comunitário de saúde mais perto da gente, com um envolvimento maior, me surpreendi com o nível de conhecimento deles, reconhecem o que pode ser uma hanseníase e uma tuberculose, trazem pra gente mesmo, o que tem mudado é essa questão dos encaminhamentos, dessa papelada, agora é o ESUS e o CADSUS pra elas fazerem, antes as funções eram aquelas básicas do agente de saúde que está desaparecendo, a questão da educação, da promoção à saúde (P3, P4, P6, P7, P8).

Observo hoje, que é muito essa questão de você chegar junto, cumprir seu tempo, não tem mais nem quase tempo com tanto cadastro, questão mais de números, e antigamente era questão de salvar aquela comunidade, hoje o povo procura mais (ser ACS) pela questão financeira, essa globalização faz a gente correr e rodar feito louco e isso a gente perde, perde o ganho maior que é o cuidado, a gente tá só na questão da informação, de levar a pessoa à unidade, o povo não tão mais em casa, tão tudo trabalhando, já pesquisa na internet e já sabe de tudo, no entanto, só lembra se o agente de saúde for dizer e a responsabilidade? A gente é quase menino de recado (A2, A4, A5, A6, A9).

## APÊNDICE H – Quadros-sínteses da questão 2

### QUAL O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SEGUNDO OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE?

#### IDÉIAS CENTRAIS

<b>Ética</b>
Tem que ter dinamismo e separar o profissional do pessoal e principalmente ética, porque ele vai sair de casa em casa. (A1, A2).
<b>Doação e Amor</b>
Tem que se doar, amar a profissão, estar disposto toda hora, aquele que não se doa, não é um bom agente comunitário de saúde, não consegue ter a empatia e a própria comunidade rejeita. Pela minha visão saiba amar, gostar do outro, se preocupar com o outro, goste do que você vai fazer, tem que querer, ter certeza (A1, A3, A6, A8).
<b>Educar</b>
Duas coisas são necessárias: é a vontade de aprender e de repassar, isso em qualquer função, em qualquer trabalho que você irá realizar, o agente de saúde requer mais porque tem aquele contato de você estar na casa, de você ser mais íntimo daquela comunidade e você passar a ser a menina dos olhos da comunidade. Eu ensino e aprendo, o estudo prepara a parte intelectual, mas se você não trabalhar o seu eu, ele pode até aprender, mas o que realmente precisa ele não aprendeu, você se tornou importante devido as informações que você passou e é através dessas informações que você acaba conquistando mesmo a mudança, a questão da educação da pessoa com o que você ensina é no dia a dia mesmo.(A8, A9).
<b>Informar e transmitir recados</b>
É informar, eu informo mais, mas assim no começo eu fazia até palestra com gestante, eu sentava, juntava elas, conversava, explicava tudinho, agora as gestantes trabalham, eu tenho uma gestante que eu só consigo visitar ela a noite, porque ela trabalha o dia todinho, tem casa que você nem entra, você da porta mesmo dá tchau e até o povo mesmo não deixa você fazer, às vezes você tenta ficar mais um pouquinho, mas não, eu tô de saída, tenho que buscar o menino no colégio, tenho que fazer isso, isso acontece diariamente; então é mais recado, que até pelo zap, telefone você dá, não tem mais essas visitas que nem as meninas (antigamente), elas é que faziam tudo, hoje não, você está ali só dá pra orientar, informar isso ou aquilo, desmarcar aquilo (A4, A5).

### **Prevenção, ações programáticas e cadastros**

Prevenir, antes que a doença chegue, visitar e lá mesmo conversar, focando a prevenção, o nosso papel é esse, mesmo com pouco tempo, focando principalmente os programas. No momento que surgir uma coisa nova, um cadastro, tem que fazer o cadastro e as obrigações que já são de rotina, é gestante, é o hipertenso, é o idoso (A2, A3, A7).

### **Vínculo com a comunidade e as famílias**

Tem que interagir com a comunidade, mas tem que interagir dentro da família, crescer junto com a comunidade prosperando partindo de você, do que você tem pra dar, do que você aprendeu e tem pra dar e viva a saúde, porque a comunidade está vivendo doença, confusão, muita confusão política, porque nós quando começamos a trabalhar, nós começamos a trabalhar pro povo os vereadores não sabiam nem quem era nós, não sabiam nem o que nós fazia, hoje nós somos alvo de política, e é por isso que é uma eterna confusão (A7, A8)

### **Vínculo com os profissionais da UBS**

Aquilo que está dando certo a gente queria que ficasse o resto da vida, mas a gente aprende até com a troca do que entrou, do que não funcionou dois anos, que você já está doida que saia, não está funcionando direito, aí você, veterana, aprende, que tem que passar por essas dificuldades, porque é outro olhar pra comunidade, quando você tem um enfermeiro que não é aquele que chega junto, aquele da experiência passada, aí você se transforma em outro agente de saúde pra você fazer, até, os dois papéis ( A7, A9)

### **Elo entre a comunidade e a equipe da UBS**

É pesar a criança, observar se realmente a criança está subindo, perdendo esse peso ou está parando, é levar essa informação até o posto, quando você começa a observar que a criança é parada demais ou é agitada demais você tem que estar fazendo esse elo de ligação da família e a comunidade. Você informa o que você sabe , quando você não sabe, você corre pra enfermeira e pro médico pra poder procurar saber e passar essa informação, infelizmente ocorre a troca dos profissionais, não é bom porque quebra o elo (A7, A9).

### **Trabalho em equipe**

As famílias ficaram divididas agora não são só nossas, a vantagem nossa hoje é que os problemas não ficam só com o ACS, o que nos sustenta é o apoio que a equipe nos dá, quando nós temos profissionais que realmente fazem PSF, quando nós temos um médico que faz PSF, quando o nosso enfermeiro é PSF; o apoio que a colega de profissão nos dá, é o que as minhas colegas agentes comunitárias de saúde, que entende o meu sofrimento, que entende a minha demanda chega e nos apoia (A1, A6).

### **Compromisso**

É observar, é você ouvir, é você observar e ação, intervir. Não está existindo o amor, nem compromisso, está sendo preenchido papel, está muita informação vazia. Eu tenho que ter conhecimento, eu tenho que ter amor pra saber que a palavra que saiu da minha boca não é vazia. Tocou o outro, é isso (A7, A8).

### **O papel é prejudicado pela formação deficiente**

Eu não sabia nada, não tive preparação de nada, só me jogaram. Eu acho assim, que quem vai entrar não tem uma bula, não é uma bula de remédio, é uma questão de se adaptar e é assim que a gente vai conseguindo driblar as dificuldades, porque quando a gente senta pra ouvir a demanda, o sofrimento, a doença do outro, que a gente tem empatia, a gente sofre e ninguém prepara a gente pra isso e eu acho que nós deveríamos ser preparadas. Quem vem aí (ACS novatas) deveria ser preparado e não vai ser preparado, porque quem vai preparar eles não são agentes comunitários de saúde e não sabem o que é (A4, A1).

QUESTÃO 2 – QUAL O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SEGUNDO OS REPRESENTANTES DA GESTÃO?

### **IDÉIAS CENTRAIS**

#### **Educação transformadora para a cidadania**

O papel fundamental é de educador em saúde, fazer um trabalho de melhor orientação das famílias, orientação, não dele dizer os serviços que existem, isso aí também, mas do papel de cidadão, que eles tem direito à saúde, fazer essa transformação, é, uma transformação de mentalidade mesmo, de educação. A população também ia ter um conhecimento maior, tipo assim, que muita coisa depende também deles, não depende somente do poder público (G1, G3).

#### **Elo entre a comunidade e a equipe da UBS**

É a ponte entre a equipe e as famílias, o elo de ligação entre a equipe e a comunidade (G1, G3).

#### **Vínculo, empatia, motivação e conhecimento**

Eu acho assim, tem quatro coisas essenciais: primeiro, ter vínculo com a comunidade; segundo ser uma pessoa sem muitos preconceitos; terceiro ter motivação para realização do trabalho e o quarto ter conhecimento. Não são só os agentes de saúde não, eu acho que nós da saúde pública a gente tem que ser abnegado mesmo, tem que gostar pra poder fazer (G1, G2, G3).

### **Trabalho em equipe**

Ser integrado na equipe e a equipe toda integrada ao território, ele tem papel fundamental nisso aí, pois pode identificar muita coisa no território, ele tem o diagnóstico e pode ajudar muito na questão do planejamento e das ações dentro da equipe. Veja que nós temos agentes de saúde que não residem na sua comunidade, ele vai trabalhar e volta pra outro local, com a seleção é que nós vamos estar corrigindo essas questões aí (G1, G3).

### **Prevenção, vigilância à saúde, integração, conhecimento do território e mobilização social**

O papel deles dentro da estratégia saúde da família hoje é interagir com a sua EqSF, conhecer a microárea e seus problemas de saúde, saber notificar e identificar possíveis doenças, realizar prevenção, realizar visitas domiciliares, cadastrar os domicílios e os indivíduos, alimentar os sistemas de informações, mobilizar a comunidade e sensibilizar sua comunidade. Ter um olhar mais amplo.(G1, G2)

### **Confusão de tarefas**

Hoje o agente de saúde, ele serve de tudo, inclusive de acompanhante para o povo da comunidade e essa não é função dele. Tem muita cobrança por conta das referências, porque tem poucas vagas e acontece de serem marcadas muito em cima da hora e temos que avisar e entregar ao paciente o mais rápido possível. Essa urgência das entregas dificulta muitas vezes o trabalho dos ACS, que precisam sair de onde estão visitando para ir pegar referência no posto de saúde e entregar ao paciente. Essa questão da burocracia de muito cadastro, muitos formulários, ele acaba perdendo muito tempo com essa burocracia. Hoje uma das vantagens do e-SUS, para gestão, é que ele delimita o processo de trabalho de cada um e para o agente de saúde ficou bem claro, você faz visita, você faz educação em saúde e mobilização social. (G2, G3)

### **Perda da dimensão cuidadora durante as lutas de categoria**

Seria importante que fosse investido recurso da Atenção Básica para a capacitação dos ACS, assim como também para as equipes de Saúde da Família, já levei a portaria da atenção básica e mostrei inúmeras vezes qual

### **Perda da dimensão cuidadora durante as lutas de categoria**

era a função de cada um, qual era o papel de cada um, mas a questão deles enquanto categoria, da organização deles e da conquista do piso, das associações e da briga por incentivo, isso distanciou muito o agente de saúde do papel dele, desviou o foco, o agente de saúde ficou muito voltado pra questão financeira deles e automaticamente a gestão passa também a pressionar: você só vai receber o incentivo se cumprir isso e isso (G2,G3).

QUESTÃO 2 – QUAL O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

### **IDÉIAS CENTRAIS**

#### **Empenho e gostar do trabalho**

O mais importante é você gostar do que está trabalhando, não é só o financeiro, tem que ter empenho porque elas estão lá todo dia, toda hora (P1, P5)

#### **Ética, vínculo e humanização**

Tem que ter ética, saber assim até onde elas também podem ir, porque as vezes elas também acabam criando uma intimidade tão grande com o familiar que acabam tendo alguns conflitos e esse bom relacionamento, essa questão de estar vendo lá e estar tentando tirar sua conclusão, sem criar tumulto com quem você vai trabalhar, essa relação íntima, essa relação forte, é daí que cria o vínculo. (P4, P5)

#### **Confusão de atribuições do agente comunitário de saúde**

Eu acho assim que o SUS ele chegou pra organizar ele tirou o papel de aferir pressão delas, passou pra outras pessoas e passou outros papéis pra elas, só que tem a questão dos papéis antigos que elas ainda tem isso em mente: a minha parte é mais essa comunitária, essa parte burocrática não é minha e alguém vai ter que ficar com isso e vai sobrar pra elas mesmo. Eu acho que ainda falta um pouco de organização na divisão das atividades por isso a gente tem que ler as atribuições, as funções de todos os profissionais da equipe pra lembrar porque na rotina você esquece, esquece mesmo, se perde com o tempo. Olhe a função do agente de saúde é isso, isso e isso, a função dos serviços gerais é isso, isso e isso, do enfermeiro é isso. Eu acho que numa reunião de equipe se deveria ser abordado isso porque com o

passar do tempo a gente esquece. Quando a gente viu isso? E as coisas vão mudando demais e você tem que ir absorvendo esses novos conhecimentos (P4, P7).

### **Desconhecimento da legislação do agente comunitário de saúde**

Uma coisa importante é afazeres, eu não conheço a legislação do agente comunitário de saúde, vejo a reclamação de algumas em relação a afazeres que segundo elas não fazem parte de suas atribuições, se está na legislação ou não eles fazerem cadastro, enfim, isso eu não tenho como saber porque eu não li, mas assim essa história da marcação de consultas, marcação de exames, referências eu não sei se está na legislação, mas agente sabe que é uma das atribuições deles deixar a receita de um paciente acamado que não tem uma pessoa que vá lá, eu ainda acho que faz parte das atribuições (P8, P7, P5).

### **Troca de favores e assistencialismo**

Esse vínculo aí vai entrar também questões culturais daquela localidade, questões políticas da cidade, então tudo isso, faz com que atrapalhe um pouco. A agente de saúde é muito boazinha vem deixar aqui tudo que eu peço, essa visão de boazinha tem que sair, às vezes tem uma intimidade tão grande que extrapola, uma coisa é você ter vínculo, outra coisa é você ter comprometimento, outra coisa é aquele agente de saúde ter aquele cuidar com aquela família, mas outra coisa é o agente de saúde estar pegando receita de uma pessoa que pode se locomover tranquilamente até o posto de saúde.(P4, P6, P8)

### **Vínculo com a comunidade e as famílias**

A principal característica de uma pessoa que quisesse ser agente de saúde é o vínculo, o agente de saúde vai ter vínculo com aquela família e o vínculo da agente de saúde é sempre maior que o nosso, pois a gente não pode chegar de uma hora para outra, a gente não pode entrar no íntimo deles de uma hora pra outra não, tem que preparar, mas já a agente de saúde já consegue fazer isso, ela entra no íntimo, ela chega numa visita, porque ela é uma vizinha que trabalha no posto. (P1, P8)

### **Elo entre a comunidade e a equipe da UBS**

É um elo de ligação enorme sem os agentes de saúde a gente não faz nada, se a gente não tiver um agente de saúde a gente se perde, fica sem noção da realidade da população da área, é a base da equipe do Saúde da Família. Quem trabalha em UPA e a estratégia vê que a diferença da estratégia são os ACS que dão na maioria das vezes o *feedback* do seu tratamento, sem a agente de saúde a gente do ensino superior não conseguiria trabalhar, são eles que determinam as pessoas que a gente vai atender na verdade (P1, P3, P5, P7)

### **Trabalho em equipe**

Saber trabalhar em equipe, aquela formação de saber trabalhar em equipe, saber falar, saber escutar, pra que o trabalho se desenvolva. É uma relação de confiança.(P3, P6)

### **Vínculos conflituosos**

Já vi uma agente de saúde comentar que não seria obrigação delas entregar referência, isso era muito conflituoso e aí vem um defeito das administrações públicas, nas suas centrais de regulação, com recursos humanos muito diminuído, eu acho que tem esse conflito do vínculo e também de passar um pouco dos limites das atribuições do agente comunitário de saúde, no entanto tem um atendimento de crianças de 0 a 5, em que o cirurgião-dentista faz um turno de avaliação dessas crianças e é por meio do agente de saúde, que aí sim é uma atribuição tanto aceita por elas, como, tranquilo. (P8)

### **Horizontalidade das relações de poder**

Envolvê-los nesse processo de trabalho é importante pra eles, não só você ficar aqui e um muro e eles lá, acho que tem que envolver mais nas tomadas de decisões, enfatizar bem essa questão do trabalho em equipe e mostrar o quanto é importante o papel delas, sem aquela coisa de só você falar ou só a médica falar, liberdade de expressão para todos, acho que isso valoriza bem eles. Já aconteceu comigo de alguns agentes de saúde se reunirem e vir falar com a equipe de saúde bucal sobre a escala, a gente prontamente atendia, acho que gostavam e era proveitoso. A minha primeira equipe era difícil de lidar, cada um tinha aquele espaço: enfermeiro era enfermeiro, médico era médico e dentista era dentista, agente comunitária era agente, técnica era técnica, só tinha aquele vínculo técnica e enfermeira, essa agora, desde que eu entrei, nunca tivemos problemas em assim, a agente comunitária fala uma coisa e ficar com receio de falar porque tem um enfermeiro, tem um dentista ali, não, a gente sempre teve esse vínculo de amizade. O agente de saúde se sente bem quando ele marca a consulta e o médico vai pra consulta, acho que uma forma de valorizar é comparecer as coisas, além de enaltecer os bons números e elogiar, eu acho que isso é uma forma de incentivo, já vi a própria gestão fazendo isso. (P1,P2, P3,P4, P5,P6, P8)

QUESTÃO 2 – Qual o papel do agente comunitário de saúde segundo os usuários?

### **IDÉIAS CENTRAIS**

#### **O papel do ACS é ética, vínculo, humanização e conhecimento**

O agente de saúde ideal teria que ter humanização, conhecimento, foco, determinação e ética profissional. Claro, tem que ter um pouco de conhecimento específico na área de saúde pública e um conhecimento vertical, que é em outras áreas pra entender melhor o paciente e o cliente do SUS, bem como, estar sempre ali convivendo, acima de tudo, com aquelas famílias da área dela, aquele que fica presente, bastante presente na área, os próprios usuários se identificam muito com esse ACS, a gente quando tem um agente de saúde que cuida fica bem melhor, é uma pessoa que incentiva, que tem mais conhecimento, então ele ajuda bastante ( U1,U5, U8, U9).

#### **O papel do ACS é empatia, gostar do trabalho, ter responsabilidade e disponibilidade**

Primeiro é gostar do que vai fazer, pra você ser uma agente de saúde você tem que gostar também de ter contato com as pessoas, ter simpatia, porque um agente de saúde antipático o pessoal não gosta não, tem que ter empatia pra poder entender e se colocar no nosso lugar, um bom relacionamento com todo mundo, com a comunidade, tem que ter disposição, responsabilidade. É bom quando é uma pessoa que é bem dedicada, uma pessoa carinhosa, uma pessoa que leva jeito pra coisa (U1, U2, U3, U4, U7, U8, U9).

#### **O papel do ACS tem confusão de atribuições**

Muita gente não entende acha que o serviço delas não vale nada e que isso é uma besteira que só é pra ganhar o dinheiro e que passa nas casas só para “empair”, é perder tempo, eu mesmo pensava que uma agente de saúde poderia fazer curativo, pudesse aplicar um soro, que pudesse fazer uma injeção, mas eu acho que a agente de saúde não tem curso de enfermagem pra aplicar injeção, só se for autorizado pelo médico, agora trazer o remédio é muito importante, no dia que eu precisar eu peço a ela (U1, U5, U6).

#### **O papel do ACS é assistencialista e pouco resolutivo**

O brasileiro já é considerado acomodado e preguiçoso e com o agente de saúde ele se torna mais ainda, porque o trabalho dele é na comunidade, mas daí você pegar remédio pro povo, pegar ficha eu não acho que seja direito dele não, mas tem gente que quer que seja assim, é por isso que eu digo o pessoal é muito acomodado, você também tem que ajudar pra você ser ajudado. Visita também não precisa muito, muita visita pra não resolver alguma coisa também não adianta (U2, U4,U5).

### **O papel do ACS é ser um elo entre a comunidade e a equipe da UBS**

O principal papel dele é ser um vínculo, ser uma ponte de ligação entre a unidade básica de saúde e o povo e os usuários, então ele tem que saber ouvir pra levar ao posto e vice-versa, são uma ponte com o serviço de saúde, com os profissionais. Posto de saúde sem agente de saúde eu acho que é muito difícil pq a população é muito grande, como é que a pessoa que está lá dentro vai ter informações de um paciente acamado, de uma pessoa que está precisando de uma vacina, de uma pessoa que está precisando de um dentista, isso é tudo coisa que o agente de saúde já ajuda, está na rua, conhece a vida da família, conhece às vezes até um problema de doença na família, já conhece a família, já sabe que já vem das primeiras pessoas daquela família, eu acho que sem o agente de saúde o posto de saúde não funcionaria como está funcionando agora não. (U3,U7,U8)

### **O papel do ACS é acesso**

O agente de saúde, digamos, que são as extremidades de todo o sistema engrenado, são eles que tem contato com os usuários, o médico não vai sair de porta em porta. Quando eu ligo pra ela, ela me atende, nunca liguei pra ela

### **O papel do ACS é acesso (cont.)**

não me atender, aí ela vai e me informa, o que é que está acontecendo, uma campanha de vacina, um dentista que você precisa, ela já está informando, porque ela já vive mais lá. O papel é facilitar nosso acesso ao posto de saúde, resgatar a pessoa e levar pra Atenção Primária, porque o povo procura logo uma unidade hospitalar em vez de procurar a unidade básica (U2, U3, U7, U8).

### **O papel do ACS é a promoção de saúde, ações programáticas, vigilância à saúde e um olhar ampliado**

O papel do ACS é acompanhar as famílias de sua área, sempre estando lá presente, quais são as áreas dele: hipertensão, puericultura, campanha de vacina, peso de bolsa-família, tudo isso está na função deles, além também de estar fazendo e orientando essas famílias na promoção da saúde, bem como quando tem uma pessoa operada, quando tem uma pessoa que teve neném, um idoso, quem está passando por problema sério de saúde, a gente ver que o índice de câncer é muito grande agora, procurar saber as pessoas que tem esse problema, que está precisando não só de uma ajuda médica, mas também de uma pessoa pra conversar com ela, um psicólogo, um psiquiatra (U1, U7, U9)

### **O papel do ACS é visitar e transmitir mensagens**

Eu acho que o trabalho dela é visitar as comunidades, ela levar a mensagem de quando o médico vem do dia da consulta, que o médico está no posto, ela vir avisar, leva a mensagem e traz a mensagem. (U5,U6)

APÊNDICE I – Quadro de classificação das ideias dos discursos da questão 2

**IDÉIAS DOS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS PARA O PAPEL DO ACS  
SEGUNDO SUJEITOS QUE CITARAM**

IDÉIAS DOS DISCURSOS PARA PAPEL DO ACS	ACS	USUÁRIOS	PROFISSIONAIS DA ESF	GESTÃO
1. Educador	X			X
2. Elo	X	X	X	X
3. Transmissor de recados	X	X		
4. Empenho/abnegação/amor pelo trabalho/doação	X	X	X	X
5. Ética/ empatia/humanização/ conhecimento	X	X	X	
6. Prevenção de doenças/promoção à saúde e ações programáticas	X	X		X
7. Trabalho em equipe	X		X	X
8. Vínculo com o território e a equipe	X		X	X
9. Confusão de atribuições		X	X	X
10. Desconhecimento da legislação e vínculos conflitivos			X	
11. Acesso		X		
12. Assistencialismo		X	X	
13. Contribuição com o fluxo para a atenção básica		X		
14. Formação deficiente	X			
15. Horizontalidade das relações de poder			X	
16. Perda da dimensão cuidadora durante as lutas de categoria				X

## **DIVULGANDO O PAPEL DO ACS JUNTO AOS SUJEITOS**

### **1 INTRODUÇÃO**

No ano de 2016, no Brasil, a Estratégia Saúde da Família faz 22 anos e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) faz 25 anos, ambos atingem a maioria, todavia ainda convivem com conflitos existentes desde suas criações: o embate entre a lógica hegemônica biomédica e a implantação de um modelo de atenção que privilegie os princípios do Sistema Único de Saúde, vigentes desde 1988, assim compreendidos como universalidade, integralidade, equidade e participação social.

Por outro lado a Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção do SUS propõe a valorização dos diferentes sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, privilegiando o protagonismo e a corresponsabilidade dos sujeitos, desafiando as equipes a superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. (BRASIL, 2009)

Essa contradição é refletida no ambiente de trabalho das equipes de saúde, onde a atual Política de Atenção Primária reforça a indefinição do agente comunitário de saúde e sua subalternidade na divisão social do trabalho, quando estabelece a educação em saúde como atribuição do ACS, todavia com um caráter reprodutor, tecnicista, baseado na racionalidade médica, onde o ACS a serviço do Estado realiza ações de vigilância e controle (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

Alguns autores referem que o trabalho do ACS isolado não é suficiente para produzir um processo de reestruturação produtiva na estratégia Saúde da Família (FERREIRA *et al*, 2009) e que é impossível a reorientação de um modelo sem rever formas de gestão de trabalho (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013), mas há aqueles que acreditam que as origens e o processo histórico de formação dos ACS, bem como sua vinculação com as classes populares, colabora para a evolução da profissão no sentido da incorporação de práticas contra-hegemônicas (QUEIROS e LIMA, 2012) e que o ACS não é um trabalhador com um dito perfil proposto nas leis, mas um protagonista do seu trabalho, o que torna

ingênuas as concepções que o consideram vítimas de um trabalho engessado (GALAVOTE *et al.*, 2013).

Nossa proposta é promover a discussão a fim de ressignificar esse papel, revisitando seu processo de trabalho, que ao longo desses 25 anos tem sofrido tantas modificações, sendo essencial a participação de todos os sujeitos envolvidos.

Nas diversas pesquisas realizadas com Agentes Comunitários de Saúde, o item mais comumente citado, como fonte de satisfação no trabalho é o reconhecimento profissional (LOPES, 2012; COSTA; FERREIRA, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012; BARALHAS; PEREIRA, 2013; COSTA *et al.*, 2012; GALAVOTE *et al.*, 2011), o que aponta como essencial a realização de estudos que considerem a visão dos diversos atores, a fim de contribuirmos para o reconhecimento do trabalho dos ACS e a legitimação de seu papel diante da sociedade.

A proposta de trabalhar com a discussão e interação dos vários sujeitos implicados no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, promovendo reflexões que possam motivar transformações, levou-nos a optar pelo método da pesquisa-ação.

Segundo Thiollent (2011), a pesquisa-ação propõe-se a dar aos pesquisadores e grupos de participantes meios de se tornarem capazes de responder com maior eficiência aos problemas da situação em que vivem, numa perspectiva transformadora.

Foi realizada, em Quixeré, CE, no período de março a agosto de 2016 a coleta e análise de dados referentes a pesquisa-ação “O processo de trabalho do ACS- ressignificando seu papel”.

Os resultados apontam que o papel do ACS é ser um mediador entre a equipe de saúde e a comunidade, sendo que para o usuário essa mediação tem o caráter de facilitar o acesso, para o profissional de saúde é uma mediação no sentido de apoiar seu trabalho, para a gestão é uma mediação essencial para organizar o serviço e para o ACS essa mediação tem a função de construção de vínculo com a comunidade e representar seus interesses junto a equipe de saúde.

O consenso abriga várias contradições, pois diante da visão de mediador cada sujeito associa um conjunto de atribuições para o ACS, segundo suas expectativas e interesses do que possa seja mediado, daí a ambigüidade na compreensão do que seja papel do ACS.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Na pesquisa-ação os objetivos devem ser concretizados em alguma forma de ação planejada, trata-se de uma ação na qual os principais participantes são os membros da situação ou da organização sob observação (THIOLLENT, 2011).

Este Plano de Ação é parte integrante da pesquisa-ação “O processo de trabalho do ACS- ressignificando seu papel” e após a análise dos resultados pela pesquisadora, pelo Grupo de Análise e pelos ACS, no Seminário, fez-se necessário a construção de estratégias de enfrentamento para reduzir a ambigüidade na visão dos Sujeitos (ACS, Usuários, Profissionais da ESF e Gestão) quanto ao papel do ACS e suas atribuições.

## **3 OBJETIVOS**

- Divulgar as Leis nº 11.350/2006 e nº 12.994/2014 que regulamentam as atribuições do agente comunitário de saúde e o piso salarial junto às equipes da estratégia saúde da família;
- Discutir junto às equipes da estratégia de saúde da família as relações de poder dentro do território e da equipe.

## **4 META**

- Realizar reuniões nas oito unidades da estratégia Saúde da Família, coordenadas pelos ACS, com as nove ESF do município.

## **5 METODOLOGIA**

Os ACS e integrantes do Grupo de Análise confeccionarão um banner explicativo com a legislação e as atribuições dos ACS;

Serão realizadas reuniões nas unidades de saúde da família, coordenadas pelos ACS, com a utilização do banner que ficará, após a reunião, exposto nas UBS para atividades educativas junto aos usuários.

## **6 RECURSOS**

Recursos humanos: os ACS e membros do Grupo de Análise

Recursos financeiros e infraestrutura: oito banners, material para realização das reuniões e estrutura física das unidades de saúde a serem utilizadas para as reuniões

Recursos políticos: articulação com as equipes e com a Câmara Municipal para agendamento e realização das reuniões.

## **7 CRONOGRAMA**

O plano foi construído no mês de agosto e as reuniões ocorreram no mês de setembro de 2016.

## **8 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

A avaliação será formativa, através de um instrumento aplicado junto aos membros da equipe, durante as reuniões para apresentação do banner e processual durante a construção, execução e avaliação do plano e no último encontro do Grupo de Análise, previsto para o dia 21 de setembro, onde será realizada a avaliação final.

APÊNDICE L – Instrumento de avaliação das equipes de saúde da família

ESF:

DATA:

FUNÇÃO:

1. Você conhecia as Leis de Nº 11.350/2006 que regulamenta as atividades do Agente Comunitário de Saúde e a de nº 12.994/2014 que define o piso salarial?  
 Sim  
 Parcialmente  
 Não
  
2. Você conhecia a Portaria nº 2.488/2011 que trata das atribuições da equipe de Atenção Básica, incluindo as do Agente Comunitário de Saúde?  
 Sim  
 Parcialmente  
 Não
  
3. Sua equipe (Saúde Bucal, Saúde da Família e NASF) sempre consulta o Agente Comunitário de Saúde para decidir mudanças na escala e no funcionamento da unidade de saúde?  
 Sim  
 Parcialmente  
 Não
  
4. Esta reunião ajudou você a compreender melhor o papel do Agente Comunitário de Saúde ?  
 Sim  
 Parcialmente  
 Não

Obrigada pela contribuição.

APÊNDICE M – Banner com as atribuições dos agentes comunitários de saúde distribuídos nas unidades básicas da estratégia saúde da família como estratégia prevista no plano de ação



## O papel do Agente Comunitário de Saúde



**Você sabe qual é o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS)?**

Segundo a pesquisa "O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: ressignificando seu papel" (CHAVES, 2016) realizada em Quixeré, nossa população acredita que o ACS existe para facilitar o acesso entre o usuário e o serviço de saúde, todavia ainda existem pessoas que acreditam que este profissional serve somente para dar recados, conseguir medicamentos ou uma consulta no posto de saúde.

**Vamos entender melhor o papel do Agente Comunitário de Saúde?**

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde é regulado pela Lei nº 11.350/2006 e a Lei nº 12.994/2014 e suas atribuições, dentro da equipe Saúde da Família, estão definidas na Portaria 2.488/2011 do Ministério da Saúde.

É atribuição do Agente Comunitário de Saúde

- Cadastrar as famílias;



- Orientar quanto a utilização dos serviços de saúde;



- Realizar as visitas domiciliares;



- Participar de atividades que integram a equipe de saúde e a comunidade, como campanhas de vacinação, e desenvolver atividades educativas de Promoção a Saúde e Prevenção de Doenças;



- Ficar vigilante ao surgimento de doenças ou condições de risco na sua área e avisar a equipe de saúde para juntos (equipe, agentes, população e gestores) resolverem os problemas da comunidade.



Não é atribuição do Agente Comunitário de Saúde

- Pegar ficha para o atendimento da população no posto de saúde;



- Fazer procedimentos de enfermagem como verificar pressão, curativos e injeções;



- Agendar consultas no posto de saúde, exceto para pacientes de risco, como acamados ou idosos que moram sozinhos;



- Levar medicação do posto de saúde para a população e fazer levantamentos que não seja o e-SUS e o CADSUS, exceto se negociado com os mesmos;

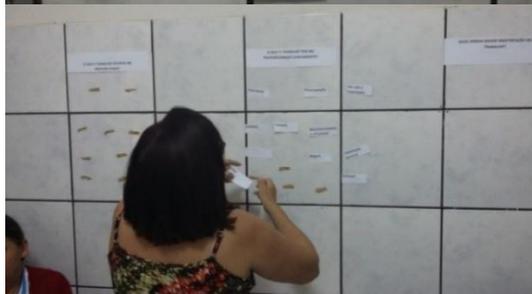
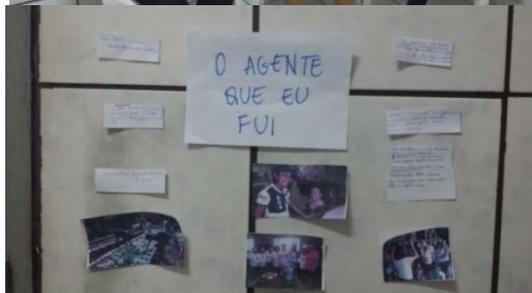


- Entregar cestas básicas ou roupas a famílias carentes.

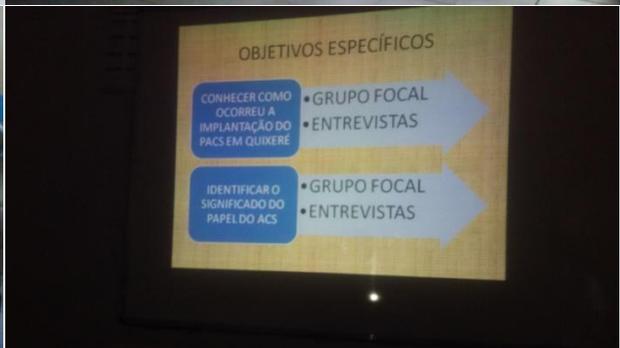


**O Agente Comunitário de Saúde é o elo entre a comunidade e a equipe da Estratégia Saúde da Família, é o primeiro contato da população com o serviço de saúde, receba-o na sua casa e juntos vamos construir uma saúde melhor.**

APÊNDICE N – Fase exploratória - encontros para aproximação do objeto com ajuda da equipe do NASF (acolhimento, discussões, almoço e relaxamento)



APÊNDICE O – Encontros para apresentação do projeto com os agentes comunitários de saúde, gestão e profissionais da estratégia saúde da família



APÊNDICE P – Seminário com os agentes comunitários de saúde para análise de resultados e com o grupo de análise constituído por representantes dos acs, usuários, gestão e profissionais de saúde

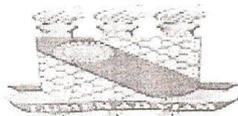


APÊNDICE Q – Plano de ação - reuniões nas unidades de saúde com as equipes da estratégia saúde da família e entrega do banner com as atribuições dos agentes comunitários de saúde



**ANEXO**

## ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:  
RESSIGNIFICANDO SEU PAPEL

**Pesquisador:** VIVIAN CARLLA BRILHANTE CHAVES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 52663615.7.0000.5534

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.430.326

#### **Apresentação do Projeto:**

O estudo é de natureza qualitativa do tipo exploratório. Trata-se de uma pesquisa-ação, que prevê um plano de ação junto à população participante e o retorno aos grupos implicados através da divulgação dos resultados. A população a ser pesquisada é constituída pelos Agentes

Comunitários, Gestores, Usuários e Profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Quixerê, sendo que os participantes serão selecionados por amostragem intencional, conveniente ao estudo já que a proposta é proporcionar uma discussão com pessoas que sejam

representativas de cada grupo implicado no processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e auxiliem na construção do plano de ação. A

análise de dados será através do Discurso do Sujeito Coletivo.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar o processo de trabalho do agente comunitário de saúde a partir da discussão sobre o papel deste profissional quando inserido na estratégia Saúde da Família do município de Quixerê- CE

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

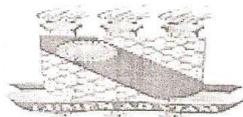
**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.430.326

**Objetivo Secundário:**

Identificar o significado do papel do agente comunitário de saúde, segundo o próprio agente, usuários dos serviços de Atenção Básica do município, profissionais da estratégia saúde da família e a gestão.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos previstos nesta pesquisa são mínimos, foi considerado a possibilidade de desconforto no momento da coleta de dados, ou seja, nas entrevistas e durante os grupos focais. Estes desconfortos foram previstos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram assegurados o fornecimento de lanches, bem como locais que resguardem a privacidade dos pesquisados, bem como disponibilidade de banheiros durante a coleta de dados, além de ser garantido a possibilidade de desistir da pesquisa sem qualquer prejuízo. A melhoria do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde; a criação de espaços de discussão do processo de trabalho junto às equipes da estratégia Saúde da Família, proposta pertinente as diretrizes da Política de Humanização da Gestão e Atenção do SUS e a ampliação de estudos científicos que abordem de forma coletiva o processo de trabalho do agente comunitário de saúde inserido na equipe de Saúde da Família.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e de bom impacto social.

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

Não foram encontradas pendências nos termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

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

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	30/12/2015		Aceito

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

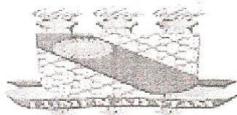
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.430.326

Básicas do Projeto	ETO_625399.pdf	12:42:34		Aceito
Outros	qualificacao.pdf	29/12/2015 22:34:40	VIVIAN CARLLA BRILHANTE	Aceito
Outros	TermodeAnuencia.pdf	29/12/2015 22:33:23	VIVIAN CARLLA BRILHANTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoVivian.pdf	29/12/2015 20:04:50	VIVIAN CARLLA BRILHANTE CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/12/2015 19:54:56	VIVIAN CARLLA BRILHANTE CHAVES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/12/2015 19:26:27	VIVIAN CARLLA BRILHANTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 29 de Fevereiro de 2016

Assinado por:  
Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho  
(Coordenador)

Comitê de Ética  
Parecer Aprovado  
Data: 28/02/2016

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br