

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

AUTOR (A): Patricia Ferri

PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
SOBRE SUAS PRÁTICAS DE TRABALHO NO MUNICÍPIO DE
ARVOREZINHA

Porto Alegre

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

AUTOR(A): Patricia Ferri

PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
SOBRE SUAS PRÁTICAS DE TRABALHO NO MUNICÍPIO DE
ARVOREZINHA

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialização em Saúde
Pública.

Prof. Dr.: Roberto Umpierre

Porto Alegre

2014



Agradecimento

Família

Aos meus pais Cleucir e Aldacir, irmão Maíco. Por sempre acreditarem em e estarem ao meu lado.

Amigos

Aos meus amigos Guilherme e Rebeca, que compartilharam comigo esse momento, me auxiliaram, orientaram e ficaram ao meu lado, tornando minha caminhada mais agradável;

ACS

A todas as ACS por permitir a realização deste estudo e me receber prontamente;

Orientador

Ao professor Roberto Umpierre, pelo auxílio, orientação e pela colaboração no meu trabalho.

A todos que, de alguma forma, contribuíram e torceram para que eu alcançasse esta vitória,

RESUMO

O presente estudo objetiva conhecer e analisar o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Arvorezinha/RS (interior do estado), em uma abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada, aplicada a seis ACS e, para a análise dos dados, utilizou-se o Análise de Conteúdo. Os resultados evidenciaram, dentre os motivos que levaram a ser ACS, a satisfação e o desejo pela escolha da profissão. No que se refere à percepção das famílias quanto ao trabalho do ACS: as famílias entendem o trabalho e é criado um laço de amizade entre eles. Dentre as facilidades: vínculos com as famílias o fato de morar na mesma comunidade. Quanto às dificuldades: falta de qualificação, dificuldades com a equipe, cobrança de horário e difícil acesso. Diante disso, o Agente Comunitário de Saúde, este novo e exclusivo profissional do Sistema Único de Saúde torna-se fundamental, tanto para a academia, quanto para gestores, comunidades e equipes.

Palavras-chave: Atenção Básica, ESF, Agente Comunitário de Saúde.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB – Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Regionais

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NUMESC – Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

RESC – Rede de Educação em Saúde Coletiva

RS – Rio Grande do Sul

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

RESUMO	04
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	05
1. INTRODUÇÃO	08
1.1 Caracterização do Contexto de Pesquisa/Definição do Problema	09
1.2 Justificativa.....	10
1.3 Objetivos	10
1.3.1 Objetivo Geral	10
1.3.2 Objetivo Específico.....	11
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	11
2.1 Tipo de Estudo	11
2.2 População	11
2.3 Local de Estudo.....	11
2.4 Coleta de Dados.....	12
2.5 Análise dos Dados	13
2.6 Considerações Éticas.....	13
3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO	14
3.1 Revisão Teórica	14
3.2 Apresentação e discussão dos resultados	22
CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	36
ANEXOS	40

1 INTRODUÇÃO

Em 1991, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando o enfrentamento das necessidades de saúde de populações em situação de risco e a superação de práticas que se desenvolviam de forma isolada e focal. A partir das experiências, o Ministério da Saúde percebe a importância do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos serviços básicos de saúde, começando, assim, a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família. (HARZHEIM; MENDONÇA, 2004).

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Projeto Saúde da Família (PSF) como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais.

Percebendo a expansão do programa, o governo emitiu a portaria nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica (ABS) — que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Assim, o PSF passa a ser chamado de Estratégia da Saúde da Família (ESF).

A ESF, visando a efetivar os princípios propostos para o SUS, preconiza para seu funcionamento uma equipe de trabalho composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis ACS, sendo esses, profissionais fundamentais para seu desenvolvimento.

A profissão de ACS foi criada legalmente (Lei Federal Nº 10.507 de 10 de julho de 2002), estabelecendo-se que seu exercício deve se dar exclusivamente SUS.

O agente de saúde é o elo entre os serviços de saúde e a comunidade. Assim, o trabalho reveste de grande complexidade, visto que adentra nos domicílios; recebe diretamente as queixas da população, comprometendo-se

de forma direta com a necessidade de dar respostas e encaminhamentos aos problemas encontrados. Ao mesmo tempo, deve compartilhar com a equipe e agir segundo as possibilidades e os limites dela e do próprio sistema de saúde.

Assim sendo, a presente pesquisa visou analisar as percepções dos ACS sobre suas práticas de trabalho no município de Arvorezinha/RS (interior do estado) no qual a estratégia foi implantada em 2012.

1.1 Caracterização do Contexto de Pesquisa/Definição do Problema

Segundo a estimativa do IBGE (2010), a população arvorense encontra-se com 10.225 habitantes. O município está localizado no Vale Taquari, pertencente à micro região 5 do Alto Taquari. A Secretaria Municipal de Saúde se constitui na principal estrutura gerencial do Sistema Público de Saúde do Município de Arvorezinha, tendo 2 UBS (Unidade Básica de Saúde) e 3 ESF (Estratégia da Saúde e da Família) com abrangência total do município. Em 2013, o município, por questões políticas, passou a pertencer à Região de Saúde 19 – Botucaraí 6ª CRS – Passo Fundo, pertencendo anteriormente a 16ª CRS – Lajeado.

Também faz parte dessa estrutura o Conselho Municipal de Saúde, como instância para a formação de estratégias e controle de execução da política de saúde, assim como para o acompanhamento dos recursos financeiros como: planejamento, aplicação, fiscalização e avaliação.

O trabalho dos ACS foi implantado em Arvorezinha no dia 04 de abril de 2012. Esses agentes foram contratados através de processo seletivo 24 ACS.

Diante disso, percebeu-se que o trabalho dos ACS ainda é muito recente e que requer muita construção. Nesse sentido, a pesquisa analisou quais as percepções e singularidades dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas práticas de trabalho no município de Arvorezinha.

1.2 Justificativa

Morador da própria localidade, o ACS realiza, dentre outras atividades, as visitas domiciliares no território ao ESF em questão. O processo de trabalho desse agente é compreendido sob a lógica da produção de procedimentos como expressão do cuidado, ou seja, estão centradas na relação com os usuários com vistas ao atendimento de suas necessidades.

Nesse contexto, de acordo com Peres et.al (2006), o ACS representa um novo elemento e é considerado como personagem chave na organização da assistência, na medida em que assume uma posição bidirecional, pois é morador da comunidade em que trabalha e, simultaneamente, integrante da equipe de saúde.

Considerando-se a importância desse serviço para melhoria da atenção à saúde da população, espera-se com este trabalho levar algumas informações para os profissionais de saúde a fim de que possam repensar e avaliar suas práticas de trabalho.

Além disso, a temática escolhida para se desenvolver esta pesquisa foi devido à autora fazer parte de uma das ESF do município e trabalhar diretamente com as ACS, percebendo a necessidade de buscar mais conhecimento a respeito do trabalho das mesmas, e transmitir esta informação para os demais profissionais da equipe. Também propondo à gestão que seja realizado um trabalho de valorização das ESF e da Atenção Básica, através da formulação de políticas públicas de saúde.

1.3 Objetivo

1.3.1 Objetivo geral

Compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas práticas de trabalho no município de Arvorezinha.

1.3.2 Objetivos específicos

- Analisar como o Agente Comunitário de Saúde percebe o seu trabalho e como acredita que a população os percebe;
- Identificar as possíveis dificuldades e necessidades encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde;
- Investigar o motivo da escolha por ser Agente Comunitário de Saúde.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 Tipo de Estudo

Quanto à abordagem, esta pesquisa foi classificada como qualitativa. Segundo Banks (2009), este tipo de pesquisa visa entender, descrever, explicar os fenômenos especiais de diversas maneiras diferentes, analisando experiências, indivíduos ou grupos. As experiências podem estar relacionadas a histórias biográficas, práticas cotidianas ou profissionais e podem ser tratadas analisando-se conhecimentos, relatos e histórias do dia-a-dia.

2.2 População

Por questões de otimização da pesquisa, foram entrevistadas seis ACS, sendo duas de cada ESF e levando-se em consideração que no município de Arvorezinha todas as ACS são do sexo feminino. As ACS foram convidadas e aceitaram participar. Assim foi realizado um sorteio em cada equipe. As selecionadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve desistência.

2.3 Local de estudo

A pesquisa foi realizada no município de Arvorezinha, interior do estado do Rio Grande do Sul, localizada a 210 km da capital. Possui uma área de

278,38 km² e sua população estimada, de acordo com IBGE (2009), é de 10.225 habitantes.

A cultura de Arvorezinha deve muito a colonização italiana, tanto na gastronomia como no folclore e religião. Na economia tem destaque à agricultura (erva-mate, milho, soja, feijão, fumo) e a pecuária (bovinos, suínos e aves). Apresenta clima subtropical ameno e seco, com queda de neve pelo menos uma vez ao ano, e geadas frequentes de junho a julho.

O município de Arvorezinha é um dos maiores produtores de erva-mate do Brasil, com distribuição em todo o Rio Grande do Sul e exportação para outros estados do país.

Referente a saúde, atualmente o município conta com 2 UBS, e 3 ESF, com abrangência total do município. Quanto ao atendimento hospitalar, o município possui o Hospital São João de Arvorezinha, atendendo as áreas de clínica geral, obstetrícia, ginecologia, cirurgia, pediatria, anestesia, radiologia, ultrassonografia, com ambulatórios para atendimentos de pequenos procedimentos, urgências e emergências.

O município conta com um laboratório de Análises Clínicas, credenciado pelo SUS e, também com o atendimento do SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (fone 192), tendo sua base ao lado do Hospital São João de Arvorezinha, atendendo os municípios de Arvorezinha, Itapuca, Ilópolis, Putinga e Anta Gorda.

2.4 Coleta de dados

Nesta pesquisa, a coleta de dados foi mediante a utilização de entrevistas semiestruturadas. A entrevista semiestruturada se caracteriza pelo fato de o entrevistador, mesmo que não tenha um roteiro determinado de perguntas, sabe com exatidão o conteúdo delas, porque tem um objetivo claro: obter opiniões relativas a algum acontecimento. A vantagem do uso de um guia de entrevista adiciona a comparação dos dados e sua estruturação aumenta como resultado das perguntas do guia e, ainda há a oportunidade de se obter dados relevantes e mais precisos sobre o objeto de estudo (BARROS, LEHFELD, 2000).

As participantes foram entrevistadas nos locais de acordo com suas preferências, ressaltando que todas optaram por ser no local de trabalho.

As entrevistas foram gravadas digitalmente e, após a transcrição, os registros foram apagados.

2.5 Análise dos dados

De acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. Ou seja, a análise de conteúdo é usada quando se quer ir além dos significados, da leitura simples do real.

Na presente pesquisa, a análise do conteúdo foi dividida em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIM, 1977). As entrevistas foram transcritas procurando enlaçar os elementos comuns em cada um dos grupos, bem como os elementos incomuns a todos os grupos. A análise foi feita de forma qualitativa, já que a coleta de dados realizou-se de forma verbal. Assim, permitiu que esses dados fossem organizados e descritos, esclarecendo-os e tornando possível sua interpretação melhor pelas categorias teóricas.

2.6 Considerações éticas

Este estudo atendeu às seguintes considerações éticas, amparado pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo:

a) Avaliação dos riscos envolvidos: tanto pelos procedimentos, como pela divulgação dos resultados, com o objetivo de proteger as pessoas, grupos, organizações e comunidades envolvidas;

b) Consentimento dos participantes: Visando garantir o caráter voluntário da participação dos envolvidos, os sujeitos participaram do estudo somente mediante o consentimento livre e esclarecido;

b) Propriedade intelectual dos dados e divulgação dos resultados: os dados coletados serão divulgados, juntamente com suas análises, sendo que o anonimato dos participantes será garantido;

d) Garantia ao acesso das pessoas ao resultado da pesquisa: Os entrevistados terão acesso aos resultados da pesquisa sempre que desejarem.

Esse trabalho não ofereceu risco à saúde ou à integridade dos participantes. Vale frisar que, após enviado e aprovado o Projeto ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), os indivíduos selecionados (ACS dos 3ESF) assinaram o TCLE (Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento).

3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1 Revisão teórica

Atenção Primária à Saúde

Desde a década de 1960, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo utilizada em diversos países como um modelo de entrada ao sistema de saúde, também funcionando como ordenador do modelo assistencial.

A antiga proposição de modelo de saúde era exclusivamente centrada na doença; na prática hospitalocêntrica, em que os hospitais eram supervalorizados e tidos como porta de entrada do sistema; no profissional médico; curativa e individualista. A imersão nessa lógica da atenção reparadora confunde-se com o próprio conceito de saúde, uma vez que, ao invés de se trabalhar pela qualidade de vida, se trabalha com a doença (CUNHA, 2010).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência

Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS (MATTA; MOROSINI, 2012).

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propôs a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades.

A portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o PACS (BRASIL, 2012).

A PNAB é resultado da experiência acumulada entre um conjunto de atores envolvidos, dentre eles: movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas do governo.

Assim, a APS tem sido reconhecida como um dos componentes chaves de um sistema de saúde resolutivo, integrado e articulado em redes com grande diversidade de pontos de atenção voltados às condições agudas e crônicas:

APS é caracterizada como um conjunto de ações em âmbito individual e coletivo que envolve desde a proteção e promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e tratamento, até a reabilitação e manutenção da saúde. A característica mais importante da APS é o fato de assumir o papel de porta de entrada do sistema de saúde, tornando-se local privilegiado e cuidados contínuos para a maioria das pessoas (BRASIL, 2011).

O conceito “porta de entrada ao sistema de saúde” refere-se tanto à acessibilidade quanto à utilização do serviço pela população, seja em caso de um novo evento de saúde ou de um novo episódio de um evento antigo.

Segundo a Organização Pan-americana da Saúde, um sistema de saúde orientado pela APS conforma-se a partir de um conjunto de elementos estruturais e funcionais que garantem a cobertura e o acesso universal aos serviços de saúde, relevantes e adequados à população, promovendo a equidade de atendimento. Prevê uma atenção integral, integrada e apropriada

ao longo do tempo, assegurando o contato do usuário com o sistema de saúde através de uma porta de entrada. As famílias e comunidades são a base para o planejamento e efetivação de suas ações. (TAKEDA, 2004).

A APS também é conhecida como Atenção Básica (ABS). Essa tradução foi dada no Brasil na época em que começou a ser empregada a APS em outros países. A PNAB considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Assim, o SUS está estruturado em Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade, sendo a Atenção Básica a principal porta de entrada para o acesso aos demais níveis.

Contudo, complexidade não se dá apenas em tecnologias avançadas no tratamento de doenças, nem apenas no deslocamento de níveis de hierarquia do SUS. A complexidade se apresenta no cuidado diário, no acolhimento e no tratamento de forma integral de cada paciente (ANDREOLLA, 2013).

Tesser (1998), comenta a dificuldade de se encaixar a complexa sintomatologia dos usuários nas primeiras consultas na AB. O trabalho, a família, a religião, a cultura, a violência social, tudo isso afeta o sujeito doente e seu tratamento.

O hospital, por exemplo, é um espaço extremamente adequado aos instrumentos teóricos da Biomedicina: diagnóstico, exames, procedimentos. Na AB esta atividade não é nem suficiente e sequer é mais complexa, pois o sujeito tem espaço para exercer sua autonomia, ele é a peça principal no seu processo terapêutico.

“Se no hospital simbolicamente impera o medo da morte, na AB impera a vontade de viver” (CUNHA, 2010, p.31).

Para alcançar os objetivos de um sistema de saúde orientado pela APS requer uma sólida estrutura legal, institucional e organizativa, bem como a disponibilização de recursos humanos, econômicos e tecnológicos adequados e sustentáveis (TAKEDA, 2004).

Paulon e Neves (2012), dizem que o mais importante está no fato de que as práticas profissionais não podem se limitar à doença em si, mas devem considerar o contexto histórico cultural e as concepções a respeito de determinados fenômenos e situações sociais.

Estratégia Saúde da Família

A ESF surge em 1994, inicialmente como Programa Saúde da Família (PSF), proposta a partir da evolução histórica e da organização do sistema de saúde no Brasil. O ESF objetiva reorganizar a AB, de modo a expandi-la e qualificá-la por meio da reorientação do modelo assistencial. Atualmente, o PSF é definido como ESF, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização (BRASIL, 2001).

Assim, deve-se ter em mente que o objetivo geral da ESF é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básica de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

A ESF é uma estratégia prioritária para o aumento da cobertura da atenção à saúde, assumindo que o acesso a ela é um direito de cidadania. Neste sentido, os profissionais precisam conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade, os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: promoção, execução e avaliação.

A PNAB diz que a qualificação da ESF e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais (BRASIL, 2012).

A ESF propõe-se, ainda, em humanizar as práticas de saúde, mediante a integralidade da assistência e a produção de vínculos de compromisso e responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a comunidade. Para isso, estabelece-se o planejamento das ações norteadas pelos problemas prevalentes da realidade social e pela capacidade de resolvê-los em todos os níveis (HARZHEIM; MENDONÇA, 2004).

A característica central da ESF é a multiprofissionalidade. Nessas unidades, os médicos trabalham conjuntamente com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, apoio administrativo e agentes comunitários de

saúde na busca permanente de troca de experiências e conhecimentos entre eles e com a comunidade.

Não dispondo de uma formação acadêmica, nem tendo como requisito para sua atuação qualquer conhecimento técnico prévio em saúde, os Agentes Comunitário de Saúde foram a via pela qual se planejou executar parte das mudanças nos modos de se produzir saúde no país (PICCININI; NEVES, 2013).

Nesse sentido, o ACS desempenha o papel de mediador social, sendo considerado um elo entre os objetivos das políticas do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade, além do conhecimento popular e o conhecimento científico. O sujeito que outrora era mais um morador do território é promovido a cuidador, tornando-se corresponsável pelos cuidados em saúde em um determinado recorte territorial.

Em 1999 o Ministério da Saúde lançou um documento que estabelece sete competências para o agente de saúde. Dentre as principais funções dos agentes de saúde destacam-se: levar à população informações capazes de promover o trabalho em equipe; visita domiciliar; planejamento das ações de saúde; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente; prevenção e monitoramento de grupos específicos; prevenção e monitoramento das doenças prevalentes; acompanhamento e avaliação das ações de saúde (BRASIL, 1999).

Na PNAB, aparecem quais são as características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, dentre elas do Agente Comunitário de Saúde:

- I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida;
- II - cadastrar e manter os dados atualizados de todas pessoas de sua microárea;
- III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;

VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS;

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades, implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2012).

Para as andanças diárias que levam às visitas domiciliares, o ACS pode perguntar a si próprio, antes de iniciar o trabalho, como se sente, como está consigo mesmo e como está a sua capacidade de ouvir. Afinal, é uma atitude básica e também uma ação que executará durante todo o período, de entrar nas casas, perguntar e ouvir. Isso implica a atenção que dará ao que é respondido, ao que é conversado e também ao que não é falado e está nos sinais, nas entrelinhas (LADEIRA; PROENÇA, 2012).

Entretanto, vale ressaltar que, diante das necessidades, as pessoas da comunidade buscam, em primeiro lugar, o ACS, quer seja uma informação, uma reclamação ou a solução de um problema mais grave e, dele, esperam uma resposta.

Também observa-se no cotidiano que expectativas de várias naturezas são depositadas no ACS como: observação, identificação, iniciativa, busca, difusão dos conhecimentos, integração, incorporação de valores, produtividade, postura profissional equilibrada, dentre outras, que, quando não correspondidas, parecem causar desdobramentos significativos (MARTINES; CHAVES, 2006).

ESF no município de Arvorezinha

Os dados coletados, a seguir, foram através de conversas com profissionais e consultas a documentos da secretaria.

Em 1999, o município de Arvorezinha aderiu ao PACS, porém, em 2004, por questões políticas e troca de gestão o PACS foi removido.

Após longos anos sem nenhuma programação no sentido da saúde da família no município, em 2009, pressionados pelos vereadores de oposição, o poder executivo apresentou o projeto de implantação da ESF no município de Arvorezinha, sendo aprovado na Câmara Municipal de Vereadores. Porém, esse projeto foi apresentado no Legislativo, no Conselho Municipal de Saúde. Encaminhado para a 16ª Coordenadoria Regional de Saúde de Lajeado, a qual deu continuidade ao processo, encaminhando para aprovação em CIR e CIB e, por fim, ao Ministério da Saúde.

Seguiu um período sem ocorrer a efetiva implantação e, em 2011, foi realizado o concurso público para os cargos da ESF, a saber: médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde.

Aprovado o projeto habilitado pelo Ministério da Saúde e com os profissionais aprovados em concurso público, somente em abril de 2012 foi efetivamente implantada a ESF no município de Arvorezinha, partindo do tensionamento de alguns profissionais que a gestão sensibilizou-se e deu prosseguimento ao processo.

Seguindo com o processo de contratação das equipes, deu-se início ao trabalho de três equipes de saúde da ESF, duas equipes na UBS do centro e outra equipe na UBS no bairro. As equipes foram compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e oito agentes comunitárias de saúde. Sendo caracterizadas como equipes mistas, atendendo quatro microáreas urbanas e quatro rurais.

Em um primeiro momento, foram realizadas conversas com a 16ª CRS, onde os profissionais do Departamento de Ações em Saúde deram suporte às equipes, auxiliando na implantação do SIAB, assim como nas ações da ESF de forma geral. Após isso, a equipe técnica organizou o curso de qualificação básica para agente comunitário de saúde, que ocorreu durante uma semana, totalizando quarenta horas, para todas as agentes. Foram abordados diferentes temas por todos os profissionais e discutido o processo de trabalho das ACS no interior da equipe e na comunidade.

Dando continuidade ao processo, foi pactuado o cronograma de trabalho das ESF, uma vez que o turno de reunião de equipe foi acordado juntamente

com a gestão, onde todos os membros da equipe iriam reunir-se semanalmente, em turno pré-estabelecido, para discutirem casos da área de abrangência e assuntos inerentes ao trabalho. Ainda, aos turnos de visitas domiciliares, nos quais a equipe estaria envolvida em atividades no espaço extra-muros da UBS, realizando VD e/ou atividades na comunidade. Além disso, foram estipulados turnos para atendimento de pré-natal, puericultura, preventivo do colo do útero, dentro outros.

No início, o processo de trabalho foi conflituoso pelo fato de a equipe não estar integrada com o trabalho da ESF, pois todos trabalhavam no modelo de atenção de UBS tradicional. Nesse sentido, foi oferecido pelo município curso de qualificação apenas para as ACS iniciarem o trabalho, enquanto que, para a equipe, só está sendo ofertado o Curso Introdutório da Secretaria Estadual de Saúde – RS neste momento, onde alguns profissionais estão participando.

Em relação ao andamento das ações no ano de 2012, pode-se dizer que estas ocorreram, porém com muitas dificuldades, como: o não investimento do incentivo de implantação das ESF, conforme prevê a Portaria Nº. 978, de 16 de maio de 2012, com o valor de R\$ 20.000,00 por equipe implantada; não foram adquiridos veículos para transporte das equipes; falta de estrutura física para acolher as ESF; falta de entendimento das diretrizes da ESF por parte de alguns profissionais e da gestão; trabalho em turno único a partir de outubro; entre outras.

Em 2013, algumas ações foram se consolidando, como: contratação de novos profissionais (psicólogos, agente de campo, agentes comunitários de saúde, digitador), separação do ambiente físico da secretaria e as ESFs, criação da coordenação municipal de ESF, aquisição de veículo exclusivo para ESF com recurso estadual, adesão ao Programa de Saúde na Escola (PSE), adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB), adesão ao PROVAB e Mais Médicos, adesão ao programa Requalifica-UBS com a reforma de duas UBS e construção de uma nova UBS tipo III, contratualização com hospital filantrópico com a compra de serviços, criação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica, realização do Inverno com mais saúde (de julho a setembro com atendimento em terceiro turno), implantação

da modalidade saúde bucal tipo I em uma ESF, contratação de um profissional cirurgião-dentista (quarenta horas) para atuar na atenção básica, participação em eventos/atividades técnicas na região, atividades de educação permanente junto às ESF e, conseqüente, trabalho de educação em saúde na comunidade.

No que diz respeito à educação permanente, iniciou em agosto como um projeto piloto, onde as equipes discutiam assuntos em um mês e, no próximo, era realizada atividade de educação em saúde na comunidade, através da divulgação de materiais elaborados sobre o tema nas visitas domiciliares.

As atividades iniciaram em 2013 e no final do ano, devido a férias, afastamento de alguns profissionais, troca de secretário, entre outros motivos, foram perdendo a intensidade. Todavia, no início de 2014, com a mobilização para adesão à Rede de Educação em Saúde Coletiva (RESC), através da Resolução CIB/RS N° 590 de 11 de novembro de 2013, a qual prevê recursos para o município que possuir Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), foram retomadas as atividades. E, além disso, a criação do NUMESC, conduziu as equipes para os momentos de educação permanente em loco e também no grande grupo, pois o NUMESC realiza encontros a cada vinte dias sobre assuntos diversos.

Fazem parte do NUMESC: enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, digitador, serviços gerais, nutricionista e as ACS. Contudo, a coordenação do NUMESC é composta por: 2 enfermeiros, 1 psicóloga, 1 técnico de enfermagem e 3 ACS. Esses são responsáveis por conduzir os momentos de educação permanente nas três equipes do município, bem como, conduzir as reuniões do NUMESC (que acontecem a cada vinte dias).

3.2 Apresentação e discussão dos resultados

Apresentar-se-ão, a seguir, os dados coletados nas seis entrevistas com as ACS, de forma a identificar os dados e os achados comuns e incomuns a cada um dos pesquisados. Para tanto, foi construída uma tabela que sistematiza o perfil das entrevistadas.

ACS	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Outras Experiências Profissionais	Se pudesse escolher outra profissão, qual seria?
1	31	Téc. Enfermagem (Incompleto)	Casada	Agricultura	Enfermeira
2	34	E.M Completo	Casada	Agricultora	Atendente de creche
3	51	E.M Completo	Casada	Agricultura; Recepcionista do ESF	Alguma coisa ligada à saúde
4	26	E.M Incompleto	Casada	Agricultora	Enfermeira
5	27	Magistério	Casada	Professora, Agricultura	Artes Cênicas
6	24	E.S Incompleto	Casada	Agricultora	Psicóloga

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos ACS de Arvorezinha/RS

Perfil

As ACS que participaram do estudo possuem idade entre 24 a 51 anos. Quanto à formação: três possuem ensino médio completo, uma ensino superior incompleto (cursando psicologia), uma técnico de enfermagem incompleto e uma magistério. Todas são casadas.

Das entrevistadas, cinco entraram pelo concurso público de 2011, e a outra passou pelo processo seletivo que ocorreu em fevereiro de 2014. Uma das entrevistadas também participou do PACS em 1999, passando novamente em 2011 pelo processo seletivo.

Referente às experiências profissionais, todas responderam que em algum momento já foram agricultoras. Segundo a estimativa do IBGE no ano de 2010, 38,65% da população arvorenzinhense encontra-se nas áreas rurais. Por coincidência, todas as ACS entrevistadas moram e atuam em áreas rurais.

Quando questionado sobre qual outra profissão, que não de ACS, gostariam de ser: duas responderam enfermeira, uma respondeu atendente de creche, uma profissional de artes cênicas, uma psicóloga (que está com o

curso em andamento) e a outra “alguma coisa” ligada à saúde. Nesta questão, chama a atenção, pois todas as possíveis profissões estão relacionadas diretamente com o cuidado.

Por que desejou ser ACS?

Algumas das falas das entrevistadas:

“Eu sempre gostei de poder ajudar, quando tinha minha ACS que passava na minha casa eu ficava imaginando “ai será que um dia a gente não pode fazer isso também”? Sempre gostei da saúde” (ACS 1).

“Na verdade, eu sempre trabalhei com comunidade, eu sempre gostei. É um trabalho comunitário que a gente tem que ter bastante vínculo com as pessoas pra ti se dar bem, tu tem que ser bem aceita, e é uma coisa que sempre me chamou muita atenção, por eu estar sempre envolvida com eles” (ACS 3).

Pode-se perceber através das falas, que as entrevistadas demonstraram satisfação em ser ACS. Estão nesse trabalho por desejo próprio e uma delas, inclusive, pensava/sonhava em ter essa profissão. Poder trabalhar com o que se deseja, implica muito nas práticas de trabalho de qualquer profissional.

Todo trabalho desempenha um papel social, e a escolha de um pode ser determinada pelo papel que esta pessoa quer ter na sociedade. Ser ACS é ser alguém que se destaca na comunidade, é alguém que se preocupa com o outro, que se importa com o seu papel social e quer fazer alguma diferença.

Diante disso, torna-se fundamental que os profissionais busquem fazer o que gostam/desejam. Devem trabalhar por amor/prazer e não, simplesmente, por dinheiro, afinal o profissional da saúde trabalha com outras vidas, outros sonhos e desejos.

Quando questionadas qual outra profissão gostariam de ter, que não ACS, todas relacionaram possíveis profissões com o cuidado. Ao tratar-se de cuidado, faz-se necessário repensar continuamente sobre os valores que permeiam as práticas de saúde, pois o cuidado significa atitude,

responsabilidade, atenção. É a maneira como a pessoa constrói a relação com o outro e também é um modo de fazer/ser na vida cotidiana.

A característica de dar e receber, de colocar-se no lugar do outro e de se solidarizar com seu problema é condição básica para um cuidado em saúde. Dessa forma, torna-se viável o papel do ACS como agente transformador que, ao mesmo tempo, transforma e é transformado.

“A fama da ACS é ir lá pegar assinatura na casa, só que comigo é bem diferente, eu sempre procuro levar alguma coisa, alguma informação, falo sobre saúde, alimentação, e procuro livros sobre essas coisas. Eu entrei com vontade, eu não vou só a casa para pegar assinatura, eu sempre dou o meu melhor” (ACS 4).

De acordo com Nascimento e Correa (2008), é esperado que o agente comunitário de saúde seja protagonista da construção de vínculos entre a comunidade, as pessoas e a família com os serviços de saúde e que intermediam o saber e a cultura da sociedade.

Assim, o ACS deve estar implicado nas suas práticas de trabalho, ir além das visitas domiciliares, buscar informações, fortalecendo a relação entre a população e a equipe de saúde. E isso vale, para todos os profissionais de saúde da AB, pois é um olhar diferenciado, não é focado na doença, e sim é focado em todos os determinantes sociais daquele indivíduo/família. São necessários novos saberes, numa ponderação sempre adequada a cada situação singular.

Coimbra e Nascimento (2014) propõem a análise de implicações, como uma forma de pensar e repensar cotidianamente como vem se dando as diferentes práticas de intervenções. Afinal, implicado sempre se está, quer se queira ou não, pois é um ato voluntário, ela está no mundo, é uma relação que sempre se estabelece. Assim, os profissionais de saúde devem se tornar profissionais da vida, fortalecendo suas potências à medida que possam analisar suas implicações no cotidiano.

Como as famílias os percebem?

Quando questionado como as ACS acham que as famílias percebem seu trabalho, os resultados são de que algumas famílias entendem como se dá esse processo de trabalho, enquanto outras têm dificuldades em entendê-lo.

“Eu acho que eles me vêm, como uma pessoa que já é da família deles sabe? Que eles podem confiar, até melhor, porque tem gente da família que eles não confiam tanto” (ACS 3).

Esta aproximação que as ACS têm com as famílias é fundamental. As famílias sentem-se olhadas, acolhidas, além de que criar no ACS um membro da própria família, quando tem dúvidas, a primeira pessoa a entrar em contato é com o ACS.

As relações estabelecidas entre as ACS com os usuários é muito próxima e formam-se laços fortes de amizade, tornando o trabalho da ACS, especificamente a visita domiciliar, algo prazeroso de ser feito. (COSTA et al., 2012).

“Eu acho que o pessoal aceita bem o trabalho da gente, sempre tem aqueles que não aceitam, que não entendem, que ficam ligando para renovar a consulta e essas coisas, mas eles sabem que a gente não faz isso. Eu acho que uma hora de tanto a gente dizer não, eles vão aprender” (ACS 2).

Evidencia-se, na fala acima, que algumas famílias ainda possuem dificuldades para entender quais as atribuições e afazeres dos ACS. Porém, nesse caso seria indispensável realizar um trabalho com a comunidade sobre qual o papel do ACS?, Por que há falta de informação? Nesse sentido, outros profissionais, que não os ACS poderiam estar falando com a comunidade sobre este assunto, e esclarecendo essas e outras dúvidas.

Logo, os profissionais de saúde da ESF devem, entre outras coisas, conhecer os condicionantes da qualidade de vida da população, promover ações integradas e agenciar parcerias com organizações formais e informais existentes nas comunidades para o enfrentamento dos problemas identificados.

Aqui, observa-se a importância da participação popular e a necessidade de um processo de construção social do direito à saúde.

A participação social é uma estratégia de empoderamento pela oportunidade de educação para a cidadania, socialização de informações, envolvimento no diagnóstico e na tomada de decisões e execução dos projetos sociais, resultando no compartilhamento de responsabilidades na gestão da saúde (PEREIRA e OLIVEIRA, 2013).

Portanto, é importante ressaltar para a comunidade qual o trabalho do ACS, contribuindo, dessa maneira para traçar um perfil do ACS mais voltado para seu lado comunitário e não reforçando para esse trabalhador ações de saúde no âmbito curativo.

A população em geral ainda valoriza a tecnologia médico-hospitalar, sem se dar conta que a mesma está sendo substituída por outro modelo, cujo olhar centra-se na atenção à família, à qualidade de vida das comunidades e ao reconhecimento dos determinantes sociais.

“Eu vejo a falta que eles sentem da gente, porque às vezes se a gente fica um mês sem passar na casa deles, eles reclamam e se eles reclamam é porque eles sentem falta né?” (ACS 2)

Nessa fala, fica claro que apesar de algumas famílias não entenderem o trabalho do ACS como um todo, veem nesse profissional uma pessoa de confiança e que podem recorrer quando necessitarem e, ainda, sentem falta do referido.

Facilidades

O primeiro elemento facilitador citado pelas ACS é o vínculo com as famílias. O processo de trabalho do ACS é permeado por ações: por exemplo, a escuta, a obtenção da informação e a conversa frequentemente vivenciada nos comentários de visita domiciliar. Essas práticas são reconhecidas por eles como geradoras de prazer no trabalho, muito provavelmente pelo reconhecimento e gratidão dos usuários.

“Na comunidade, eu moro há 30 anos, eu conheço eles como a palma da minha mão. Dai eles se abrem pra gente, tudo é assim: o adolescente é assim, a criança é assim, o idoso é assim. Então é um trabalho gratificante” (ACS 3).

A narrativa expressa especialmente o momento em que o ACS entra em contato com o universo privado das famílias, fazendo com que a relação entre agente e comunidade seja mais próxima, baseada no diálogo.

Para que o relacionamento entre profissional de saúde e usuário seja promissor, é preciso o conhecimento mútuo, no qual, muitas vezes, quando o vínculo é forte, na execução do cuidado, o profissional assume o lugar de membro da família na perspectiva do usuário, caso contrário, se estabelece uma relação distante.

De acordo com Picinni e Neves (2013), o fato de os agentes estarem dotados de capital social está articulado à proximidade com o território e, portanto, com as relações e saberes comunitários.

“Eu acho bom eu trabalhar em um lugar que eu conheço, eu sei como chegar, facilita eu morar lá e conhecer o pessoal, não me sinto constrangida em nada” (ACS 6).

Por ser uma pessoa que vive na comunidade, as ACS têm maior compreensão das condições de vida das famílias, entendem os comportamentos, as crenças, as formas de se expressar e conhecem o território em que atuam.

Barcellos e Monken (2007) salientam que, apesar dos muitos conceitos ou representações que se possa ter, o território está sempre relacionado a uma área delimitada onde a vida acontece submetida a certas inter-relações, regras ou normas. Os territórios são, portanto, espaços e lugares construídos socialmente. São muito variáveis e dinâmicos, e a sua peculiaridade mais importante é ser uma área de atuação, de fazer, de responsabilidade.

De acordo com Nascimento e Correa (2008), um aspecto importante do ACS diz respeito aos vários papéis que assume perante o território, indo muito além das atribuições definidas para tal função, por ser ele o representante do poder público e se sentir responsável pelas famílias que atende. A população o

identifica como o articulador entre os problemas pessoais ou coletivos em situações de risco.

As ações de saúde devem, assim, ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, garantindo, com isso, uma maior e mais provável aproximação com a produção social.

“Teve uma que eu ajudei da minha área, mas é uma história longa, e que se tu ver essa história tu se comove. Até hoje ela me diz: tu sabe que se não fosse por ti. Dai aquilo tu sente que te preenche por dentro, tu diz: bom, ao menos eu fiz uma coisa que agrado alguém”
(ACS 2).

A fala demonstra o quanto os ACS se sentem valorizados pelos usuários quando conseguem ajudar, assim como quando observam manifestações de sentimentos de afeto e gratidão. Dessa forma, é possível evidenciar a importância e a valorização desse profissional na comunidade. Isso pode gerar satisfação, aumentando a autoestima do profissional e fazendo com que ele realize seu trabalho com empenho e dedicação.

Contudo, o reconhecimento da importância dos agentes não pode estar vinculado somente à positividade de suas ações, sem considerar um posicionamento crítico sobre as dificuldades e limites que compõem a realidade de trabalho, bem como a função de ser ACS.

Dificuldades

O elemento mais citado pelas ACS, referente às dificuldades, é a falta de qualificação.

“Eu acho que primeiro de tudo a gente precisaria ter uma formação melhor, ter cursos, treinamentos, preparação, que nem no início”
(ACS 5).

Como já citado anteriormente, o município de Arvorezinha tinha iniciado um trabalho de educação permanente, porém ficou cinco meses sem atuar (quando as ACS foram entrevistadas o NUMESC ainda não estava realizando as atividades com as equipes).

Atualmente, o NUMESC trabalha a Educação Permanente em todas as reuniões de equipe, sendo que a cada mês são escolhidos assuntos distintos para serem discutidos em grupo.

A necessidade de formação expressa nas falas das ACS também pode ser atribuída à inserção desses profissionais na área da saúde sem experiência prévia. Porém, um dos elementos principais do trabalho do ACS é realizar a mediação entre esses saberes, já que se encontra imerso no conhecimento popular, assim como, incorpora conhecimentos científicos ao integrar as equipes multiprofissionais.

Por outro lado, vale pensar: como está a formação dos outros profissionais da área da saúde? É só os ACS que precisam dessa qualificação?

Outra fala comum e significativa entre as ACS diz respeito à dificuldade em trabalhar com o restante da equipe da ESF:

“Não me sinto parte da equipe, acho que a nossa equipe é muito desunida, falta um entrosamento da equipe” (ACS 3).

Tanto se fala em trabalho multidisciplinar e, sabe-se que é fundamental para a humanização das práticas em saúde, porém, tem-se a impressão de que a ESF e as ACS são separadas, com objetivos distintos. Porém, o que difere os ACS da equipe? Seria o conhecimento científico?

Muitas vezes, o conhecimento científico fortalece a divisão quando naturaliza que há aqueles que sabem que detêm a verdade científica, neutra e objetiva e os que, simplesmente, devem executar o que foi pensado por esses detentores do saber/poder.

Sabe-se que há uma carência na formação dos profissionais. Ainda,, hoje as Instituições de Ensino Superior preparam os estudantes para trabalharem em serviços privados, são empresas privadas preparando para o serviço privado, ou, ainda, preparando para trabalhar com doenças.

A maior parte dos profissionais traz de sua formação um olhar hospitalocêntrico, ou seja, a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações adequadas a cada patologia, porém quando chegam na AB ficam extremamente abalados.

Os profissionais precisam analisar suas práticas de trabalho enquanto produtoras de verdades, consideradas absolutas, universais e eternas, porque, muitas vezes, depositam no ACS essa falta de qualificação, ou seja, não têm conhecimento para trabalhar com saúde. No entanto, é preciso desconstruir essa ideia de detentores do saber/poder. É preciso dar conta das singularidades, entendendo que a saúde é complexa e tem muitos determinantes.

Assim, é fundamental a mobilização dos profissionais no sentido de repensar suas práticas de trabalho, conseqüentemente unindo seu conhecimento científico com suas práticas de saúde, sem deixar de lado a sua sensibilidade de ser humano.

Apesar dos avanços da ESF, continua reforçando a necessidade de discussão e elaboração sobre a prática clínica de todos os profissionais. Muda-se o modelo de atenção, referencia-se a clientela, organizam-se reuniões, gerencia-se o foco direcionado mais aos resultados do que aos procedimentos, e nem sempre isso transforma a clínica da forma que precisamos. (CUNHA, 2010 p.19).

A responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, do atendimento clínico considerado o centro da equipe no modelo hospitalocêntrico.

Nesse sentido, a Educação Permanente faz parte desse processo, pois deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (BRASIL, 2012).

“Os desconfortos presenciados pelos agentes em sua rotina de trabalho podem levar à busca contínua de alternativas para enfrentar o desafio de produzir transformações na realidade concreta” (COSTA et. al 2012, p.139).

O trabalho em equipe no contexto da ESF tem uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde:

O trabalho em equipe objetiva obter impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (COSTA et al., 2012, pág.138)

Um elemento de forte consenso segundo Araújo, Rocha (2007), está no fato de que o trabalho em equipe implica o compartilhar do planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração. A interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades representam a possibilidade do novo no trabalho em equipe.

Deve-se considerar, ainda, que cada membro da equipe traz especificidades e interesses próprios: são experiência de vida diferente, formação, tempo de trabalho, diferenças salariais, visão de mundo, entre outros. Essas diferenças exercem influência sobre esse processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício da equipe.

Assim, é necessária a realização de um trabalho que valorize e incentive a participação de todos os integrantes da equipe. A troca de informações, o reconhecimento do trabalho dos outros e o respeito às diferenças são aspectos essenciais para uma equipe. “Para o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva da integralidade, faz-se necessária uma aproximação integral entre os sujeitos que prestam o cuidado” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 463).

Dessa forma, estabelecer uma prática comunicativa como estratégia para o enfrentamento dos conflitos significa romper com velhas estruturas hierarquizadas, tão presentes no modelo de saúde hegemônico.

Outro fator identificado é o difícil acesso:

“No interior tudo é muito longe né, são pontas, tem uns lugares que eu tenho que descer lá embaixo” (ACS 1).

Para as ACS que trabalham nas localidades rurais há difícil acesso: as estradas não são pavimentadas, casas são afastadas uma das outras (inclusive por quilômetros de distância);

“Eu tenho da minha casa a última casa que eu faço dá 26 km e 700m, daí tu já penso em fazer isso a pé?” (ACS 2).

Os ACS necessitam de habilidades e de um ambiente de trabalho favorável para atender a população. Entretanto, observa-se que, por vezes, atuam em condições desfavoráveis para o bom desenvolvimento e desempenho de suas competências e em ambientes de trabalho inadequados que favorecem seu adoecimento.

Diante disso, é fundamental o autocuidado e a valorização profissional do ACS, uma vez que esses aspectos são essenciais para que possam ter motivação e prazer no trabalho, bem como manter condições físicas e emocionais para prestarem assistência de qualidade aos indivíduos e familiares que atendem.

“Aqui eles cobram de nós por horário, eu acho que deveria ser produção porque se tu for no interior no horário das 7:30 às 11:30, tu não vai achar ninguém em casa” (ACS 2).

Na lei municipal da criação do cargo específico, o ACS precisa cumprir 40 horas semanais. O que é cobrado atualmente das ACS, é que façam 8 horas diárias. Porém, como citado pela ACS, cobram horário e não produção, sendo que a maior parte da população, ainda mais rural, é difícil encontrá-los no horário comercial, pois estão trabalhando.

Para transformar um trabalho fatigante em um trabalho equilibrado, é preciso flexibilizar a organização do trabalho, de modo a propiciar liberdade ao trabalhador afim de que ele possa rearranjar seu modo operatório e encontrar os gestos que são capazes de lhe fornecer prazer. Caso este arranjo não seja possível, gera-se um conflito entre o desejo do trabalhador e a realidade do trabalho (TRINTADE et. al., 2007).

CONCLUSÃO

Entender a percepção dos ACS sobre suas práticas é fundamental, pois o ACS desempenha um papel muito mais complexo do que, simplesmente, um mediador social. Vai além do elo, uma vez que o papel desempenhado se manifesta quando o ACS dá voz para a comunidade dentro dos serviços de saúde.

Este estudo apontou que as ACS percebem seu trabalho como uma forma de transformação. Estão nesse trabalho por desejo próprio, e isto reflete diretamente em suas práticas de trabalho. Além de proporcionar a compreensão do processo de construção do trabalho das ACS no município de Arvorezinha, visto que, mesmo sido criado em 2012, já possui muitos avanços.

Contudo, durante o exercício de sua função, as ACS ainda enfrentam inúmeros desafios no seu processo de trabalho: falta de qualificação, dificuldades com a equipe, cobrança de horário e difícil acesso. Observa-se que esses elementos limitam a atuação das ACS, merecendo atenção especial dos gestores de saúde e do poder público, principalmente na questão de cumprir horário x produção. A gestão precisa ouvir as ACS, pois elas são as profissionais que estão na ponta e possuem esta vivência/experiência.

Quanto à formação, observou-se que as ACS querem, buscam e pedem conhecimentos e trocas de experiências. Muitas vezes, como já observado, há uma relação hierárquica de saberes entre os profissionais “técnicos” com os profissionais “dos saberes populares”. Porém, é fundamental que a formação perpasse por todos esses tabus e ideologias, demonstrando que não é só o ACS que precisa de formação, mas sim todos os profissionais que trabalham com saúde. É necessário repensar cotidianamente sobre as práticas de cada um, para juntos conseguirem um trabalho efetivo.

Nesse cenário, surge a educação permanente como uma estratégia de qualificação da prática de todos os profissionais da ESF, pois a incorporação de novos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades técnicas e políticas contribuem para a reorganização do processo de trabalho das equipes, qualificando a assistência, fortalecendo a solidariedade e o espírito de união no interior das equipes, além de estreitar os vínculos entre a comunidade atendida e as equipes de saúde da ESF.

Diante do exposto, percebe-se que, ainda, há inúmeros avanços e muitos desafios no trabalho das ACS, porém é necessário aceitar o imenso desafio e trabalhar gestão, formação, participação popular, enfim, fortalecer as práticas na perspectiva da integralidade das ações de toda a equipe, a fim de alcançar objetivos como a consolidação da ESF como modelo de atenção à saúde no território.

Espera-se, com este trabalho, desencadear uma reflexão tanto para profissionais, quanto gestão e usuários, no sentido de ampliar a visão sobre as práticas de trabalho de cada profissional e o papel fundamental de cada um nas equipes, com a proposta de se estudar cada grupo profissional, instigando suas práticas e conhecimentos com vistas à qualificação da atenção básica.

REFERÊNCIAS

ANDREOLLA, R. **Uma imersão em estágio psi na Atenção Básica em Saúde:** (n)a trama da vida “os dramas de cada dia”. 2013. 36f. (Trabalho de Conclusão de Curso) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. **Trabalho em equipe:** um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Cienc. Saude Colet., v.12, n.2, p. 455-64, 2007

BANKS, M. **Dados Visuais Para Pesquisa Qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal: LDA, 1977.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia Científica:** Um guia para a iniciação científica. São Paulo: Pearson Makron Books, 2000.

BORSTEN, V.J.; STOIZ,E.N. **Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão da literatura.** Ciênc. Saúde Coletiva, vol.13, n.1, p.259-268, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/ SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil de competências do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

COIMBRA, C.; NASCIMENTO, M.L. **Análise de Implicações:** desafiando nossas práticas de saber/poder. [online] Disponível em: <http://www.infancia-juventude.uerj.br/pdf/livia/analise.pdf> Acesso em: 10 de maio de 2014.

COSTA, M.C. et al. **Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: Possibilidades e Limites.** [online] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/18.pdf> Acesso em: 10 de maio de 2014.

CUNHA, G.T. **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.** 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

FERREIRA, V. S. C. et al. **Processo de Trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A.. **Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário de saúde do Brasil.** Revista de Saúde Coletiva, vol.21 n.3. Rio de Janeiro, 2011.

FONSECA, A. F. et al. **Avaliação em Saúde e Repercussões no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2012.

GALAVOTE, H. S. et al. **Alegrias e Tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos.** Interface, 2012.

HARZHEIM, E.; MENDONÇA, C.S. **Estratégia Saúde da Família.** In: DUNCAM, B. et al. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidência.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Arvorezinha, IBGE, 2010.

KODA, M. Y. et al. Grupo com Agentes Comunitárias: **A Construção de Novas Possibilidades de Cuidar.** Psicologia: Ciência e Profissão, 2012.

LADEIRA, F.; PROENÇA, D. **A prática de ouvir e da atenção na saúde mental.** Saúde com a gente. Publicação do Ministério da Saúde – Ano XII – V.31 – janeiro de abril de 2012 ISSN 1518-2355

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética.** 3ªed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

LIMA, J.C.; MOURA, M.C. **Trabalho atípico e capital social: os Agentes Comunitários de saúde na Paraíba.** In: Sociedade e Estado, vol.20, n.1, p.103-133. Brasília/DF, 2005.

LOPES, Denise Maria Quatrin et al. **Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo.** Escola de Enfermagem da USP, 2011.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. **Vulnerabilidade e Sofrimento no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família.** Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (EEUSP), 2005.

MASCARENHAS, C.H.M.; PRADO, F.O.; FERNANDES, M.H. **Fatores Associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, vol18 n.5. Rio de Janeiro, 2013.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. **Atenção Primária à Saúde** [online] Disponível em: www.epsvj.fiocruz.br/dicionário/verbetes/ateprisau.html. Acesso em 15 de maio de 2014.

MENDES, F. M. de S.; CEOTTO, E. C. **Relato de Intervenção em psicologia: identidade social do agente comunitário de saúde.** Saúde e Sociedade, 2011.

MONKEN, M.; BARCELLOS, M. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** [online] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24>. Acesso em: 02 de junho de 2014.

NASCIMENTO, E.P.L.; CORREA, C.R.S. **O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (6): jun, 2008.

PAULON, S. ;NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica a territorialização do cuidado.** Porto Alegre: Sulina, 2013.

PEREIRA, I.C.; OLIVEIRA, M.A.C. **O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura.** [online] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000300017&script=sci_arttext Acesso em: 23 de abril de 2014.

PERES, C. R. F. B. et al. **O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades.** Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, 2006.

PICCININI, C. A.; NEVES, R. **A saúde bate à sua porta: olhares sobre a prática dos Agentes Comunitários de Saúde.** In: PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica a territorialização do cuidado.** Porto Alegre: Sulina, 2013.

TAKEDA, S. **A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde.** In: DUNCAM, B. et al. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidência.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

TESSER, C.D. **A crise da atenção à saúde e a biomedicina: reflexões críticas e propostas.** Mestrado. Campinas: Unicamp/DMPS-FCM, 1998.

TRINDADE, L.L. et. al. **Cargas de Trabalho entre os Agentes comunitários de Saúde.** [online] Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3095/1701> Acesso em: 08 de junho de 2014.

WAIDMAN, M. A. P.; COSTA, B. da; PAIANO, M. **Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental.** [online] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/19.pdf>. Acesso: 23 de nov. 2013.

ANEXOS**Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pesquisadora: Patricia Ferri
Orientador: Dr. Roberto Umpierre
(e-mail: patiferri@hotmail.com.br; fone: (51) 97303953).

Eu, _____ abaixo assinado, declaro, ao assinar este termo, que estou ciente de que participarei de um estudo com a finalidade de elaboração do trabalho de conclusão do curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, que tem como título Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas práticas de trabalho no município de Arvorezinha. Afirmo também, que recebi da pesquisadora as seguintes orientações:

- a) Fica-me garantido, o direito de receber esclarecimento das dúvidas que possam surgir durante o estudo e que poderei desistir a qualquer momento da pesquisa, sem acarretar prejuízo, riscos ou custos.
- b) Poderei solicitar informações durante todas as etapas da pesquisa, inclusive após publicação, através dos telefones (051) 97303953 – Patricia Ferri e (051) 81181358 Roberto Umpierre.
- c) A coleta de dados, será realizada por meio de uma entrevista, que será gravada, para posteriormente ser transcrita, sendo que será arquivada por cinco anos e após, destruída.
- d) Fica assegurado que os dados da pesquisa serão sigilosos e privados, bem como minha identidade preservada.

Tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o mesmo

será assinado em duas vias, de igual teor, uma permanecendo comigo e outra com a pesquisadora.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2014.

Assinatura (de acordo): _____

Nome do Entrevistado: _____

Pesquisador: Patricia Ferri

Professor Orientador: Dr. Roberto Umpierre

Assinatura

Anexo 2 – Instrumento de Pesquisa utilizado para Entrevista com ACS**INSTRUMENTO DE PESQUISA****1. Caracterização dos participantes:**

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Experiências prévias de trabalho:

2- Roteiro de entrevista:

- Como decidiu se Agente Comunitário de Saúde?
- Como é para você ser ACS?
- Como os outros veem o seu trabalho?
- Dificuldades e facilidades do trabalho?
- Gosta de ser ACS?
- Pretende continuar sendo ACS?