

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Tainã Vianna Pellini

**O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e as micro-gestões no
seu cotidiano**

**Porto Alegre
2016**

TAINÃ VIANNA PELLINI

**O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e as micro-gestões
no seu cotidiano**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Enfermagem da
Escola de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul como requisito
final para aprovação no curso de
Bacharelado em Enfermagem.

Professora Orientadora: Dra. Deise Lisboa
Riquinho

**Porto Alegre
2016**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, que sempre me incentivaram a seguir com os estudos e a almejar uma graduação profissional, respeitando e apoiando minha escolha de ser enfermeira.

Também aos queridos Giovanni Vianna Pellini, Gabriela Moraes e Caroline Moraes que disponibilizaram seu tempo para me auxiliarem no trabalho.

Aos meus colegas Maicon Silveira e Deise Taurino que estiveram sempre presentes na realização do projeto.

A minha querida orientadora Deise Lisboa Riquinho que aceitou minha participação em seu projeto de pesquisa, me orientando e se disponibilizando sempre que necessário na elaboração do meu trabalho de conclusão.

A todos que de alguma forma contribuíram e/ou fizeram parte da minha formação, meu muito obrigada.

"Precisamos dar um sentido humano às nossas construções. E, quando o amor ao dinheiro, ao sucesso nos estiver deixando cegos, saibamos fazer pausas para olhar os lírios do campo e as aves do céu."

(Érico Veríssimo)

RESUMO

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é resultado de uma dinâmica de atividades diária, em que não se tem como prever todas as ações a serem praticadas, evocando, portanto, situações emergentes em que as normas e prescrições se mostram restritas. Este estudo teve como objetivo compreender o processo de trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde e as micro gestões do cotidiano, no Estratégia Saúde da Família em uma Gerência Distrital de Saúde no Município de Porto Alegre, RS. Esta é uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Foi realizada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em um distrito docente assistencial vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A população de estudo foram os ACS das 28 equipes presentes no distrito. A mostra foi composta de um agente por equipe, indicados pela coordenação. A geração dos dados ocorreu no período de agosto de 2015 à fevereiro de 2016 por meio de grupo focal e entrevista semiestruturadas. Realizou-se três grupos focais, com três encontros cada, totalizando nove encontros, neste período houve a perda de três participantes. As entrevistas ocorreram com 25 ACS em seus locais de trabalho. O tratamento e a análise ocorreu por meio de categorização temática. Em relação ao processo de trabalho dos ACS algumas dificuldades foram evidenciadas, especialmente, aquelas relacionadas a descaracterização da ESF e do trabalho do ACS, mais voltados para demandas administrativas e trabalho no interior da unidade de saúde; o trabalho em equipe fragmentado e o acesso às redes de atenção marcadas pela ineficiência e quebra de sigilo expondo os moradores/trabalhadores e ameaçando sua segurança e da família. As estratégias por um lado mostraram-se criativas e resilientes, por outro ameaçam a perpetuação de situações como a da violência familiar. Concluiu-se que o ACS, para além de ser um elo entre a equipe de saúde e comunidade, é também um elo entre o sistema de saúde e a sociedade, necessitando, portanto, de reconhecimento e condições para desenvolvê-los.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Condições de Trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	13
Objetivo geral	13
3 PERSPECTIVA METODOLÓGICA.....	14
Tipo de estudo.....	14
Contexto de estudo.....	14
Participantes.....	15
Geração de dados	15
Análise do material produzido	16
Aspectos éticos.....	16
REFERÊNCIAS.....	18
ARTIGO	21
ANEXO A - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL	45
ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS	46
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DA UFRGS	48
ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO SMS	51
ANEXO E - APROVAÇÃO COMPESQ ENFERMAGEM.....	55
ANEXO F - CARTA DE AUTORIZAÇÃO	56
ANEXO G - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO: PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA	57

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso está vinculado a um projeto de pesquisa intitulado “O diálogo entre diferentes saberes no cotidiano dos Agentes Comunitários de Saúde” da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A atual proposta propõe analisar o processo de trabalho do agente comunitário de saúde e as micro-gestões no seu cotidiano.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional que iniciou suas atividades em um programa do Ministério da Saúde (MS), o PACS Programa Agente Comunitário de Saúde, e atualmente, desenvolve ações na Estratégia Saúde da Família (ESF) (FERRAZ; AERTS, 2005). Tanto o programa quanto a estratégia representaram e representam um novo modelo de assistência; o primeiro, tendo como objetivo a interiorização da saúde, e o segundo, representando uma nova proposta de reorganização da atenção à saúde do país cujo enfoque é a prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2012). Entende-se por modelo assistencial a organização das ações de saúde em seus aspectos tecnológicos e assistenciais, configurando uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para resolver os problemas de saúde de uma determinada população (PAIM, 2003; SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

O Movimento da Reforma Sanitária impulsionou a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e trazia como um dos pontos centrais de suas proposições a necessidade da mudança no modelo de atenção. Na primeira década da implantação (1988), a Atenção Primária à Saúde (APS), designada nacionalmente de Atenção Básica, foi considerada como caminho para alcançar a universalidade das ações no território nacional (TEIXEIRA, 2006).

Em 1991 o Ministério da Saúde propôs o Programa de ACS como uma estratégia do SUS para realizar atividades relacionadas à promoção, prevenção e educação em saúde, principalmente em municípios de baixa densidade populacional. Inicialmente, o objetivo principal do PACS foi a ampliação da cobertura da atenção básica e a introdução do ACS para agir como um elo entre famílias, usuários e serviço de saúde realizando atividades relacionadas ao controle de peso, orientações a grupos específicos de patologias, distribuição de medicamentos, entre outras (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi preconizado em 1994 como forma de reestruturação do sistema, constituindo uma unidade prestadora de serviços e atuando numa lógica de transformação das práticas de saúde na atenção básica (FILGUEIRAS; SILVA, 2011). Posteriormente, em 2006, ganhou *status* de estratégia. A principal diferença entre as denominações programa e estratégia está em que, o primeiro, refere-se a uma política da saúde com propósito de produzir mudança na situação atual, e a segunda, configura a reorientação do modelo de atenção em saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo a reorganização, expansão e consolidação da atenção básica no Brasil. Pautada principalmente por mudanças no processo de trabalho das equipes e na capacidade de impactar positivamente na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012). Para isto a ESF necessita de uma equipe multiprofissional, composta de no mínimo: enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e um médico generalista ou especialista em Saúde da Família (BRASIL, 2012).

O processo de trabalho destas equipes deve desenvolver práticas de cuidado e gestão participativas às populações de territórios definidos, assumindo para com elas ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos com vistas a promover uma atenção integral. Portanto, faz uso de tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território (BRASIL, 2012).

Neste sentido, a ESF visa resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas comunidades, confrontando a concepção biomédica baseada na abordagem mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial estava centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no profissional médico (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013). A territorialização do cuidado é tomada como um dos principais objetivos desse processo, tendo como finalidade a aproximação das estratégias de ação à região onde reside a população (PICCININI, 2012).

Os ACS trabalham com adscrição de famílias em base geográfica definida, cada microárea não deve exceder a 750 pessoas cadastradas. A microárea é um segmento da divisão geográfica da área de abrangência, delimitada a partir da análise das condições de vida e saúde dos distintos grupos populacionais e que

ficam sob a responsabilidade de um agente comunitário de saúde (BRASIL, 2009). Faz parte do processo de trabalho destes profissionais orientar as famílias pertencentes a sua microárea quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, acompanhar por meio de visita domiciliar todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade desenvolvendo atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos, de vigilância à saúde e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade (BRASIL, 2012).

Pela sua expressividade numérica e peculiaridades, como, residir na comunidade em que trabalham e estarem familiarizados com as demandas da população, espera-se que os ACS sejam os articuladores da transformação no modo de produzir o cuidado em saúde (BRASIL, 2012).

Tal cuidado está permeado pela maior percepção das necessidades da população e maior afinidade com os usuários e a cultura local. Deste modo, vive o cotidiano da comunidade em seus aspectos positivos e negativos, certamente com mais intensidade do que os outros membros da equipe de saúde (NUNES et al, 2002). Observou-se que, se por um lado, o fato dos ACS residirem e compartilharem dos problemas e necessidades locais é uma forma de aproximação e vínculo entre comunidade e serviço de saúde, por outro lado, está mais exposto a fatores estressores pelo fato de ao término do expediente continuarem vivenciando ou testemunhando determinadas situações, como violência ou dificuldade de acesso aos serviços de média e alto complexidade. As conseqüências decorrentes do fato dos ACS morarem no próprio bairro, na mesma microárea, frequentar as residências dos usuários e ser facilmente encontrado é uma questão que deve ser melhor explorada (JARDIM; LANCMAN, 2009).

A entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos. [...] Pode-se pensar que esse modelo relacional condiciona, então, a excessiva valorização dos aspectos afetivos da relação desenvolvida pelos ACS com os moradores, bem como a ênfase que é colocada pelos usuários do PSF em conteúdos ligados à vida pessoal dos agentes, chegando por vezes ao extremo de exercerem um controle social sobre as suas vidas privadas. (Nunes et al., 2002, p.1644-5)

Para desenvolver suas atividades, o agente comunitário alia o saber técnico das equipes de saúde ao saber popular presente nos diversos grupos sociais. Nessa perspectiva, o seu trabalho apresenta três dimensões: A dimensão técnica, na qual atende indivíduos e famílias através de ações de monitoramento de grupos específicos, doenças prevalentes e de risco, através de visitas domiciliares e informação em saúde com base no saber epidemiológico e clínico; a dimensão política onde o ACS é quem reorienta o modelo de atenção à saúde na discussão dos problemas e organização da comunidade, auxiliando no fortalecimento da cidadania através das visitas domiciliares e educação em saúde; e a dimensão da assistência social, em que há uma tentativa de se resolver questões, entre elas a de acesso aos serviços (PINTO; FRACOLLI, 2010). Também possui papel de educador para saúde, pois organiza o acesso, capta necessidades, identifica prioridades e detecta os casos de risco (SILVA; DALMASO, 2002).

Sabe-se que a educação em saúde é uma das principais finalidades das ações dos ACS, para cumprirem a função de orientar e incentivar a comunidade no processo educativo precisam estar preparados para fornecer essas orientações de forma que o saber popular interaja com o saber epistêmico (BRITO; DOMINGOS SOBRINHO, 2009).

Da equipe de saúde, o ACS é o trabalhador que tem o maior conhecimento empírico da área de atuação, valores da população e suas formas de organização, o que pode facilitar o entendimento da concepção popular de saúde e doença. No que se refere à atuação educativa do ACS, devem ser destacadas algumas particularidades do “encontro” entre saberes; esse profissional transita entre os saberes popular e científico, o que implica no desafio de conciliar diferentes posições já que, ao mesmo tempo em que tem como suporte o saber técnico, deve preservar o saber popular, que seria sua marca (BORNSTEIN et al, 2014).

Vislumbra-se a educação no trabalho do ACS como uma ferramenta capaz de criar possibilidades de crescimento pessoal atrelado ao profissional e como fomento para construção do conhecimento desses sujeitos. A educação no trabalho permite o conhecimento ampliado sobre o processo de trabalho e com condições de revelar o potencial transformador do agente, permitindo tomar consciência de si mesmo e da própria trajetória enquanto indivíduo (DONADUZZI, 2012).

Segundo Trinquet (2010, p. 96) “(...) o trabalho é um ato da natureza humana que engloba e restitui toda a complexidade”. Do ponto de vista ergológico, o

trabalhador neste processo estabelece um debate de normas com as normas antecedentes, um repensar consciente ou inconsciente das estratégias e formas de execução do que está prescrito, que resulta em renormalizações, transgressoras em relação às prescrições ou às normas antecedentes (TRINQUET, 2010, p. 98).

Nesse contexto, considerando os fundamentos do processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, a reflexão sobre o trabalho prescrito e o real faz-se necessária já que as ações preconizadas nos documentos e manuais muitas vezes consideram o trabalho prescrito e não o trabalho real. Na perspectiva ergológica, a maior ênfase está no trabalho real por sua riqueza de operacionalização que implica não apenas a execução das normas estabelecidas, mas uma permanente negociação entre estas (SCHWARTZ, 2000).

Segundo Schwartz e Durrive (2007), o trabalhador é constantemente confrontado com variabilidades na realização de suas atividades, sendo-lhe impossível escapar de microescolhas rotineiras. O sujeito trabalhador, ao elaborar suas tarefas, faz uso de si, empregando nas atividades realizadas o seu corpo-si, que acumula experiência e saberes de formas extremamente diversas. No entanto, esse uso de si pode ser pelos outros, em que o trabalhador, no seu ser, é convocado a executar conjuntos de normas, prescrições e valores históricos; ou o uso de si por si próprio, no qual ocorre a criação de estratégias singulares no trabalho, modificando normas e prescrições visando a superar os desafios do trabalho (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Por isso, mesmo havendo a aplicação de princípios técnico-científicos, sejam eles quais forem, sempre existirá uma reinvenção local, uma re-configuração de tais princípios feita por quem os executa (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Ao prestar o cuidado, o ACS aprende a exercitar seu próprio poder, sua autonomia e seu compromisso, e leva em consideração suas crenças e seus valores, considerando a promoção do bem-estar do ser humano que é assistido. Desta forma, propicia uma estreita relação na qual é possível estabelecer relação entre atitudes e sentimentos, o que permite ao profissional alcançar o bem-estar que está relacionado com o auxílio e o apoio ao outro (VILA; ROSSI, 2002).

A produtividade no trabalho do agente comunitário é resultado de uma dinâmica de atividades diária, em que não se tem como prever todas as ações a serem praticadas. Logo, o trabalho do ACS evoca situações emergentes em que as

normas e prescrições se mostram restritas, comprovando o vazio das normatizações (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Minha motivação para este projeto deu-se através do apreço pelo modelo de atenção proposto pela ESF e pela importância do trabalho do ACS na comunidade e equipe, a qual vivenciei um pouco da sua atuação nos estágios de Saúde Coletiva e Saúde Comunitária do curso de Enfermagem.

Nessa perspectiva, este projeto de pesquisa torna-se importante na medida em que aproxima a Universidade do serviço de saúde, buscando identificar o processo de trabalho dos ACS. Portanto, a questão norteadora pode ser assim sintetizada: Quais as atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde que atuam em Estratégias de Saúde da Família e as formas de micro gestão no seu cotidiano de trabalho?

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Descrever o processo de trabalho e micro-gestões no cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde, no Programa Saúde da Família em um Distrito Sanitário no Município de Porto Alegre, RS.

3 PERSPECTIVAMETODOLÓGICA

Tipo de estudo

A pesquisa desenvolvida foi de natureza qualitativa, a qual se caracterizou por trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores (MINAYO, 2007). Para a autora esse conjunto de dados considerados qualitativos corresponde a um espaço mais profundo das relações, não podendo reduzir os processos e os fenômenos à operacionalização de variáveis.

Segundo Minayo (2007), tanto as intencionalidades inerentes aos atos das pessoas, quanto às reações, estão incorporadas na pesquisa qualitativa, cujo tipo explica as variáveis das relações consideradas essência e resultado da atividade humana, afetiva e racional que pode ser apreendida no cotidiano, por meio da vivência e da explicação. Ainda, pode responder às questões particulares, num espaço mais profundo das relações, considerando como sujeitos do estudo pessoas pertencentes a um determinado grupo, com suas crenças, concepções, valores, significados e práticas individuais (MINAYO, 2007).

Contexto de estudo

O município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul apresenta uma população de 1.476.867 habitantes, seu território está dividido em 17 Distritos Sanitários (DS), com suas especificidades e vulnerabilidades (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). Os DS de Porto Alegre estão agrupados em Gerências Distritais (GD), que são estruturas administrativas, gestoras microrregionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2015).

O cenário do estudo maior foram as ESF localizadas no distrito sanitário Glória/Cruzeiro/Cristal, que atende uma população estimada em 160.000 habitantes, o mesmo conta com 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 19 Unidades de Saúde e 28 equipes de Estratégia de Saúde da Família (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2015).

A escolha da região deu-se pela sua vinculação à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sendo o local prioritário onde ocorrem às práticas de estágio do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Participantes

A amostra foi composta por um ACS de cada uma das 28 equipes de ESF da região Glória/Cruzeiro/Cristal. Os critérios de inclusão dos profissionais foram: 1) fazer parte do quadro funcional do serviço, independente do vínculo empregatício; 2) ter idade igual ou maior de 18 anos; 3) atuar no serviço há pelo menos três meses. Sendo excluídos os agentes que estiverem afastados do trabalho no período da coleta de dados.

Em reunião na Gerência Distrital, a pesquisa foi apresentada e solicitada a indicação após reunião de equipe de um ACS por equipe. O convite aos ACS ocorreu pelos coordenadores das Unidades.

Foram realizados três grupos focais, com três encontros cada, totalizando nove encontros. Participaram no primeiro grupo focal nove ACS; no segundo iniciaram nove ACS e ocorreu a perda de duas participantes; e no terceiro iniciaram dez e houve uma perda, totalizando 25 participantes. Com estes, as entrevistas foram realizadas em seus locais de trabalho após agendamento prévio.

Geração de dados

A geração de dados do projeto maior ocorreu por meio de grupo focal (ANEXO A) e entrevista semiestruturada (ANEXO B). Para Gatti (2005) o trabalho em grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, entendendo práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias no trato de uma dada questão por pessoas que partilham algumas características em comum, relevantes para o estudo do problema visado.

A entrevista semiestruturada parte de questionamentos prévios, conforme as questões de pesquisa e permite que a partir das respostas do informante criem-se novas indagações, ocorrendo o enriquecimento das informações (TRIVIÑOS, 1987). A entrevista realizada em profundidade procura conhecer significados, explorar nuances, capturar as áreas obscuras que podem escapar às questões de múltipla escolha que meramente se aproximam da superfície de um problema (ANGROSINO, 2009).

Na proposta atual os dados foram coletados a partir do material obtido nos grupos focais e nas entrevistas semiestruturadas da pesquisa, especialmente no que tange o processo de trabalho.

Análise do material produzido

A operacionalização para a análise do material produzido a partir dos grupos focais e entrevistas semiestruturadas ocorreu pela categorização temática (MINAYO, 2007). Por definição “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2007 p.316).

Para Minayo (2007) a análise temática acontece em três fases: 1) pré-análise - compreende o período em que se organiza o material; 2) exploração do material - é o momento em que se codifica o material, organizando-o em categorias teóricas ou empíricas; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação - nesta fase os achados empíricos serão interpretados a luz do quadroteórico.

Aspectos éticos

O projeto ao qual o presente estudo está vinculado atendeu às prerrogativas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), quanto à aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS sob o nº 1.009.554 (ANEXO C), Comitê de Ética em Pesquisada Secretariada Saúde de Porto Alegre sob nº 1.147.148 (ANEXO D).

A proposta foi submetida e aprovada pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do

Sul (UFRGS). (ANEXO E)

O uso dos dados previamente coletados foi permitido pela pesquisadora responsável através de uma Carta de Autorização (ANEXO F).

REFERÊNCIAS

BORNSTEIN; et al. Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, vol.18 supl.2, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria nº.2.027**, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável) Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html>
Acesso em: 15 de setembro 2015.

BRITO, S.M.O.; DOMINGOS SOBRINHO, M. Os sentidos da educação em saúde para agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, vol. 30, n.4, p. 669-676, 2009

DONADUZZI, D.S.S. **A educação para o trabalho na perspectiva do agente comunitário de saúde**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

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.

FILGUEIRAS, A.S.; SILVA, A.L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.899-916, 2011.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Líber livro, Brasília, 2005

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface**, vol.13, n.28, p. 123-135, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. Editora Hucitec, São Paulo, 2007.

_____. M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. Editora Hucitec, São Paulo, 2008.

NUNES, M.O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 18, n.6, p.1639-1646, 2002.

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais**. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Editora Medsi. Vol. 6, p. 567-583. Rio de Janeiro, 2003

PEREIRA, I.C; OLIVEIRA, M.A.C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p.412-419, 2013.

PICCININI, C.A. **“A saúde bate à sua porta”**: estratégias de cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Básica. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

PINTO, A.A.M; FRACOLLI, L.A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 4, p.766-769, 2010.

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Trabalho & Educação**, n.7, p.38-46, 2000.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. EdUFF, Niterói, 2007.

SILVA JÚNIOR, A. G; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, V. G.C; CORBO, A. D’A. Modelos de atenção e a saúde da família. **EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 10, n. 6, p.75-96, 2002.

STOTZ, E.N; DAVID, H.M.S.L; BORNSTEIN, V.J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 4, p. 487-497, 2009.

TEIXEIRA, C. F. **Saúde da família, promoção e vigilância**: construindo a Integralidade da atenção à saúde no SUS. Editora Edufba, Salvador, n. 3, 237 p., 2006.

TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. **Revista Histedbr**, Campinas, On-line, número especial, pp. 93-113, 2010.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.10, n.2, p. 137-144, 2002.

ARTIGO

**Estratégias de enfrentamento do Agente Comunitário de Saúde no cotidiano
de trabalho
(Artigo Preliminar)**

Seguindo normas da Revista Physis

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO COTIDIANO DE TRABALHO

RESUMO: Este estudo tem por objetivo discutir o processo de trabalho e as estratégias de enfrentamento no cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde, na Estratégia Saúde da Família em uma Gerência Distrital em Saúde no Município de Porto Alegre, RS. Foi desenvolvido estudo qualitativo com realização de grupos focais e entrevistas com 25 ACS, no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016, a análise ocorreu por categorização temática. Reiterou-se as dificuldades enfrentadas pela expansão da atenção básica no Brasil, especialmente pelas precárias condições de infraestrutura, pelo desafio do trabalho em equipe e ainda do nó crítico das Redes de Atenção em Saúde, com seus pontos enfraquecidos ou rompidos. Ao levar em conta as confrontações do trabalho real e prescrito é inegável a necessidade de diálogo entre as gestões locais do SUS, envolvendo controle social, profissionais e gestores para o enfrentamento das situações geradoras de sofrimento aos usuários e profissionais.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde; Estratégia Saúde da Família; Condições de trabalho.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) compõe a reorganização, expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil, pautando-se prioritariamente, por mudanças no processo de trabalho, das ações individuais para ações em equipe, considerando a interprofissionalização como uma forma de promover vínculo e o cuidado longitudinal (BRASIL, 2012).

Neste contexto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) destaca-se no cuidado em saúde, na medida em que assume uma posição de mão dupla, de morador da comunidade e, simultaneamente integrante da equipe de saúde (PERES et al, 2011). Tal cuidado, de um lado, está permeado pela maior percepção das necessidades e familiaridade com os costumes e cultura local. Por outro lado, depara-se cotidianamente com os limites da sua atuação, inserido em um serviço que nem sempre visualiza e atende as demandas que emergem do cotidiano vivido (PERES et al, 2011).

Vivenciar esta duplicidade no trabalho, de ser morador e trabalhador, requer uma escuta constante e construção de vínculos afetivos ou, ainda, a sua interrupção e reconstrução. Para Ferreira et al (2009) o processo de trabalho do ACS é engendrado, principalmente, por duas formas de ação, a tecnológica e a comunicativa, as quais interagem constantemente com suas vivências nos diferentes âmbitos individuais, familiares, no território e no domicílio produzindo diferentes modos e formas de cuidar.

Evidenciar o processo de trabalho e as estratégias cotidianas de resistência, conformação ou transformação das realidades podem ser examinadas pela perspectiva ergológica, a qual enfatiza a riqueza do trabalho real. Sua operacionalização implica não apenas a execução das normas estabelecidas, mas uma permanente negociação entre estas, numa tendência à (re)normatização; resultante da singularidade das pessoas em relação ao coletivo (SCHWARTZ, 2006). Assim, o trabalho real é o resultado da (re)normatização e, não a estrita aplicação e execução das normas, convocando um universo de micro-transgressões, sendo ambiente propício para questionar o prescrito e o exercício de poder (SCHWARTZ, 2006; HENNINGTON, 2008).

Este estudo tem por objetivo discutir o processo de trabalho e as estratégias de enfrentamento no cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde, na Estratégia Saúde da Família em uma Gerência Distrital de Saúde no Município de Porto Alegre, RS.

Percurso metodológico

Estudo descritivo com abordagem qualitativa (MINAYO, 2007). Integra uma pesquisa maior intitulada “O diálogo entre diferentes saberes no cotidiano dos agentes comunitários de saúde” realizada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em um distrito docente assistencial vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A população do estudo foram os ACS das 28 equipes de ESF presentes no território. A mostra foi composta de um agente por equipe. Os critérios de inclusão foram fazer parte do quadro funcional do serviço há pelo menos três meses, independente do vínculo empregatício. E os de exclusão os ACS que estivessem afastados do trabalho no período da coleta de dados.

A geração dos dados ocorreu no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016 por meio de grupo focal e entrevista semiestruturada. Ambos foram gravados por meio de aparelho digital e posteriormente transcritos. Realizou-se três grupos focais, com três encontros cada, totalizando nove encontros. As questões disparadoras para cada encontro foram: “pensando em seu trabalho, destaque as principais necessidades, os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios onde atuam”; “como você, considerando determinado problema de saúde e seu contexto desenvolve seu trabalho/orientação e ações de educação em saúde?”; e “em que medida os conhecimentos por você transmitidos provêm de suas experiências do cotidiano de vida e trabalho?”. Um pequeno filme foi exibido para fomentar a questão apresentada para a discussão. Participaram no primeiro grupo focal nove ACS; no segundo iniciaram nove ACS e ocorreu a perda de duas participantes; e no terceiro iniciaram dez e houve uma perda, totalizando 25 participantes. Com estes as entrevistas foram realizadas em seus locais de trabalho após agendamento prévio.

As entrevistas enfocaram a trajetória de vida e aproximação com o trabalho, o processo de trabalho e as redes de conhecimento no e para o trabalho. Neste estudo utilizou-se os dados obtidos nos grupos focais e nas entrevistas semiestruturadas, especialmente no que se referiu ao processo de trabalho.

Para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas pela letra A seguida de número arábico. A classificação numérica aconteceu de forma aleatória, de 1 a 25. Utilizou-se o software Nvivo 10.0 para organização do material. Ambos os grupos focais e as entrevistas foram gravadas e após transcritos na íntegra. O tratamento e a análise ocorreram por meio de categorização temática (MINAYO, 2007).

Em relação a caracterização dos sujeitos de pesquisa a mediana de idade foi 45 anos. A maioria dos participantes é do sexo feminino 80%. A autodeclaração da raça/cor apresentou o mesmo quantitativo de brancos e negros 44% respectivamente e 12% pardos. Quanto a escolaridade 64% dos participantes tinham o ensino médio completo e/ou formação técnica, 20% o ensino superior incompleto, 12% possuíam o ensino superior completo e 4% o ensino fundamental completo. O vínculo empregatício dos ACS era via Instituto Municipal e hospital filantrópico, ambos submetidos à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A mediana de tempo em exercício da profissão como ACS foi de dois anos (tempo mínimo 8 meses e máximo de 19 anos).

Os principais problemas sociais e de saúde nas comunidades, mencionados nos grupos focais foram o aumento da violência, o tráfico de drogas, o crescimento da população idosa, gravidez na adolescência e o crescente número nos casos de saúde mental.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS sob o nº 1.009.554 e da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre sob o nº 1.147.148. E o presente estudo submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (Anexo E).

Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados a partir de quatro temas: trabalho administrativo em detrimento da promoção e prevenção da saúde; trabalho em equipe: elos interrompidos; as redes de atenção e sua descontinuidade no cuidado em saúde e as estratégias de enfrentamento no cotidiano de trabalho.

Trabalho administrativo em detrimento da promoção e prevenção da saúde

Ao retratar o processo de trabalho os ACS recordaram que logo após a implantação da ESF, há aproximadamente 20 anos, suas principais atividades eram de promoção da saúde, com realização de atividades individuais e coletivas as quais eram desenvolvidas próximas das pessoas na comunidade “era de sair para rua, tu dar a cara para todo mundo ver”. Com essa proximidade acreditavam que tinham o reconhecimento e respeito dos usuários. Atualmente, percebem um distanciamento da comunidade imposto pelas atividades desenvolvidas no interior das unidades de saúde (US), que vão

desde atuar na recepção ao agendamento via sistema informatizado para consultas e exames.

A permanência no interior da ESF para os ACS, tira o foco das atividades de acompanhamento das pessoas adoecidas com certa prioridade nas ações em saúde como aquelas com hipertensão, com diabetes, as gestantes e os menores de um ano de idade. Segundo eles o trabalho fica prejudicado com este distanciamento da comunidade, verificam também que ocorre um afastamento dos problemas locais, resultando não só na descaracterização do trabalho do ACS, como da própria ESF. Recente Portaria sob número 958 de 10 de maio de 2016 versa sobre uma nova composição da equipe mínima da ESF, na qual o ACS poderia ser acrescentado a ela, com um teto de horas e com a possibilidade de ser substituído pelo técnico de enfermagem (BRASIL, 2016a). Tais mudanças têm como justificativa aumentar a capacidade clínica na unidade de saúde e no domicílio. Neste momento, esta portaria foi revogada, pela necessidade de debate sobre o tema com gestores e profissionais.

Segundo os ACS, esse distanciamento da comunidade culminou nas atividades de prevenção e promoção dando lugar aos atendimentos emergenciais por meio de situações de adoecimento agudizados:

Em 15 anos a gente nunca teve tantos bebês e tantas gestantes, diabético fora de controle, hipertenso fora de controle... também falta ACS, nós temos três, e aí assim AGUS acumulado, daí tem que digitar, é que eles querem números... a gente tem que dividir, parar porque nós temos que ir cadastrar, temos que temos que fechar por causa de números, porque se não vai vir verba. [A25]

Eu defendo o SUS, defendo esse trabalho maravilhoso que a gente faz [...] só que infelizmente a gente tá perdendo isso por causa dessa correnteza, dessa sobrecarga de trabalho que na realidade não é nossa, e nos compete. [GF3]

Esse conjunto de atividades não previstas segundo os ACS e por eles caracterizado como “desvio de função” foi um assunto que obteve destaque em suas falas, sendo referido por 56% dos entrevistados. Para os ACS a falta de trabalhadores para funções administrativas acarretou em sobrecarga ou ainda na deficiência de seu trabalho, “enfraquecendo” as atividades voltadas para a promoção da saúde. Estudo realizado em Campinas (SP) identificou que o desempenho de outras atividades no serviço, não relacionadas ao núcleo de conhecimento do ACS, ocorria devido à deficiência de recursos humanos e por desconhecimento da função desse profissional por parte dos demais profissionais da equipe, resultando num menor aproveitamento destes trabalhadores (NASCIMENTO; CORREA, 2008). Para Costa et al (2013) o ACS se insere em um espaço de indeterminações e incertezas, sem definição clara de suas competências, habilidades e saberes.

A introdução do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) foi um tema recorrente nas discussões coletivas. O e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016b). Havia um desagrado geral por parte dos ACS pela necessidade de recadastrar os usuários e digitar as informações em computadores com acesso a internet. Especialmente pela pouca quantidade de computadores, qualidade e estabilidade da internet e do sistema, somado ao fato que a maioria afirmou não ter sido capacitado para tais atividades.

A demanda administrativa nas ESF ficou evidente segundo os ACS na medida em que há o escalonamento dos turnos em que permanecerão na recepção, assim como na alimentação do sistema de agendamento de consultas e exames especializados: *ficar na recepção não é do técnico em enfermagem, nem do enfermeiro, nem do agente é, mas o agente tem que estar sempre lá, agente tem que ser “pau pra toda obra”*. [A..]

Na portaria mencionada anteriormente (Portaria nº. 958) é atribuição de toda equipe alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica, registrando adequadamente as ações realizadas, por meio de preenchimento manual e/ou digital das informações (BRASIL, 2016a). Observou-se que, atividades não prioritárias são incorporadas e legitimadas no cotidiano, com uma tendência a tornar as atividades dos ACS um meio e não ações finais para a qualificação e aproximação entre os serviços de saúde e a população.

Para os ACS as atividades coletivas como os grupos de educação em saúde são cada vez menos organizados ou mantidos nas ESF. Segundo eles falta qualificação e recursos para sua manutenção:

“ah! Queria participar do grupo de tabagismo”. Não, não tem. Porque não tem profissional pra capacitar médico, não tem, e a Prefeitura não pode dar adesivo. Então, acaba se perdendo, entendeu?”. [GF3]

A fala de outro ACS ilustrou, ainda, a falta de recursos como data show para exibição de vídeos, bolas para a realização de atividades físicas, sala para encontros e o oferecimento de lanche. Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) avaliam que a disponibilidade de material de apoio pedagógico, bibliográfico ou audiovisual são fatores que impõe barreiras à prática educativa, porém não as impede de acontecer. Os autores consideram que a prática educativa na ESF deve estar apoiada em um modelo social,

imerso na cultura popular, a fim de sensibilizar as pessoas para a mudança no cuidado com a própria saúde.

A escassez dos materiais não se limitava apenas às ações coletivas, os ACS mencionaram a falta de materiais para curativos e medicação. Em algumas ESF a sala de vacina estava fechada, seja por falta de imunobiológicos ou ainda pela ineficiência dos refrigeradores domésticos utilizados para conservá-los. Diante deste cenário os ACS relataram que a equipe de saúde em muitas ocasiões é agredida verbalmente. Um estudo evidenciou que os profissionais de enfermagem assim como os ACS são mais vulneráveis às situações de violência do que o restante da equipe. Fato ocorrido pela própria especificidade do processo de trabalho, que os coloca em constante contato com a população em diversos cenários assistenciais e na linha de frente dos atendimentos, acolhendo e também comunicando as negativas de atendimentos dos demais profissionais (OLIVEIRA; CAMARGO; IWAMOTO, 2013).

Outro aspecto salientado em relação a estas dificuldades foram às más condições de infraestrutura, construções improvisadas, pequenas casas que passaram a ser US, ou quando projetas como tal são inadequadas aos extremos de temperaturas oscilando entre o rigoroso inverno e o verão escaldante. A falta de ventiladores e ar condicionados prejudica o desempenho do atendimento em geral. Bem como a constante falta de materiais de uso interno da ESF como papel higiênico, papel toalha e detergente: *“Como que tu trata da saúde, se tu não tem um princípio básico de higiene, de lavar uma mão e ter um papel, como que pode né?!”* [A..].

As condições de trabalho constatadas pelos ACS, como a insuficiência de espaço físico e materiais considerados básicos, além de gerar um ambiente inseguro aos trabalhadores e usuários, também gera um desgaste cognitivo e afetivo para os trabalhadores que atuam com zelo no cuidado das famílias (SCHWARTZ, 2010). Castro e Machado (2010) afirmam que uma das possíveis justificativas para precariedade das condições de trabalho está associada à inadequação do incremento orçamentário e financeiro do financiamento da APS e ainda à alocação dos recursos má utilizada (CASTRO; MACHADO, 2010).

Trabalho em equipe: elos interrompidos

As dificuldades relacionadas à equipe foram apontadas por 24% dos entrevistados, assim como nas rodadas do grupo focal. De um lado, os ACS reconhecem o trabalho em

equipe como essencial para o oferecimento de um atendimento com qualidade à população. Por outro lado, refletem que se o trabalho não for coeso, a equipe fica fragilizada e a articulação dos diferentes elos interrompida: “*o agente é feito um elo, mas uma corrente é feita de outros tantos elos*” [GF]. Foi ressaltado, ainda, o individualismo dos profissionais; onde cada um preocupa-se com seu núcleo de atuação sem ou pouca interface com as atividades de campo. A falta deste entrosamento, sob o ponto de vista dos ACS, prejudica o andamento do serviço resultando, muitas vezes, na insatisfação dos usuários, que não são atendidos em suas demandas.

O trabalho interprofissional deve ser um espaço de atuação compartilhada, para além do campo de competências de cada membro da equipe, possibilitando a troca e complementaridade de saberes (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). Apesar disso, as relações interpessoais são consideradas um desafio no aprimoramento do trabalho em equipe devido às diferenças de personalidade, interesses conflitantes e as variadas concepções do que compõe o trabalho em equipe (PEREIRA, 2011). Conforme a pesquisa de Silveira, Sena e Oliveira (2011) foi identificada a dificuldade da equipe em conciliar as atividades da agenda programada com as demandas espontâneas, mesmo reconhecendo a importância do trabalho em equipe, ocorria a fragmentação das tarefas no processo de trabalho. Os autores observaram também que, a dificuldade em desenvolver as ações intersetoriais estava relacionada à sobrecarga de trabalho dos profissionais, número insuficiente de pessoal e excesso de demanda.

O individualismo apontado no interior da equipe para os ACS pode ser percebido também na comunidade ao buscar o serviço de saúde; esta reivindica preferencialmente o atendimento médico, com uma resistência, muitas vezes, legitimada pelo controle social em aceitar a vinculação e acolhimento por outros profissionais. Outro ACS pondera que muitas vezes, falta discussão com a comunidade sobre o funcionamento da ESF e as atribuições dos profissionais que a compõe.

Identifica-se a influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas em saúde e, que apesar da existência de propostas e políticas que visam romper com este paradigma, as dificuldades para sua implementação ainda são significativas. As perspectivas teóricas e políticas de implementação de um novo modelo assistencial, no Brasil, são desafios que necessitam ser assimilados no cotidiano dos serviços de saúde, pelos profissionais, equipes de saúde, pelos usuários e suas instâncias de controle social e pelos gestores da saúde (FERTONANI et al, 2015).

Aliado a isto os ACS reconhecem que o número de profissionais nas ESF está aquém da necessidade da população. Em discussão coletiva foi explicitado o motivo das equipes normalmente estarem incompletas, além das licenças e afastamentos por motivo de saúde ou demissão sem a reposição do trabalhador era recorrente a transferência de médicos e enfermeiros para outras ESF. Essa rotatividade de profissionais segundo eles dificulta o vínculo entre equipe e comunidade e produz uma sobrecarga de trabalho aos que permanecem. Dois entrevistados, ainda, ponderaram que todo seu trabalho de identificação de necessidades e orientação aos usuários, se perde no momento em que esse procura a ESF e não é atendido por falta de profissionais.

Embora o vínculo longitudinal seja considerado um dos atributos mais importantes na ESF e esteja presente na prática diária dos profissionais que estão atuando, a rotatividade de profissionais, segundo elac), principalmente dos médicos e enfermeiros compromete o vínculo das equipes com a comunidade e influencia negativamente o alcance dos resultados e a efetividade do modelo. Na análise de Stancato e Zilli (2010), foi destacado como consequências da alta taxa de rotatividade no setor da saúde a impossibilidade da manutenção das equipes integradas; diminuição da produtividade, devido ao tempo gasto com treinamentos repetidos e dificuldades para novas contratações e insegurança transmitida aos usuários.

Foi externado por dois ACS sentimentos de frustração e desvalorização relacionados ao tratamento da equipe. Em suas percepções relatadas em grupo, ao mesmo tempo em que lhe são depositadas expectativas de resolução para os problemas mais variados falta-lhe o reconhecimento e valorização. Para Campos et al. (2008, p. 133), decorrente da cultura contemporânea que valoriza mais o conhecimento do especialista do que do generalista, há uma tendência a desvalorizar os trabalhos que compõem a política de AB: "A atenção básica, no imaginário de algumas pessoas, ainda remete à noção de menor complexidade, uma vez que se imagina lidar com os problemas simples, os quais requereriam tecnologias menos avançadas e qualificação técnica simplificada" (CAMPOS et al. 2008, p. 133). É nessa perspectiva que o trabalho do ACS também acaba sendo desvalorizado:

Qualquer coisa que acontece – Fala com o agente - Ai quando tu quer falar - o que o agente comunitário quer falando?... Ao mesmo tempo que um agente comunitário ele vai salvar o mundo ele não é ninguém.[GF2]

Nunes et al, (2002) ponderam que essa desvalorização também tem conexão com fato de que a sobrecarga de trabalho não é acompanhada por um aumento da

remuneração desses trabalhadores: "A inclusão do ACS no ESF representa também um aumento significativo de trabalho e de responsabilidade, sem que isso seja acompanhado de aumento salarial correspondente" (NUNES et al, 2002, p. 1641).

O fato de morar e trabalhar na comunidade ao mesmo tempo que facilita também dificulta; a facilidade é atribuída pela proximidade de casa e a não dependência de transporte coletivo e a dificuldade foi acentuada em duas situações: diferentemente dos demais profissionais, que em sua maioria quando encerra o turno de trabalho, "*pegam sua bolsa e vão embora*", eles permanecem sendo solicitados em relação as demandas de saúde e questionamentos sobre a organização do serviço; e a segunda situação diz respeito à privacidade dos usuários que às vezes surpreendem-se com a presença de alguém que eles conhecem desde a infância, e visivelmente mostram-se constrangidos e inseguros para prosseguir no atendimento, principalmente quando se trata de doenças transmissíveis.

Menegussi, Ogata e Rosalini (2014) evidenciam a complexidade e o desgaste emocional do trabalho do ACS, o qual passa por significados e consequências distintas, se comparado com as demais classes profissionais do SUS, justamente pelo fato de ter uma inserção diferente a de compartilhar uma rotina de vida com as pessoas e ao mesmo tempo ser trabalhador da saúde no local onde vive. Segundo Jardim e Lancman (2009), essa dupla inserção na comunidade leva o ACS a ter duplo papel, o de ser simultaneamente agente e sujeito. O ACS não tem o distanciamento entre o ato de trabalhar e o de morar e por esse motivo, a forma como o trabalho está organizado pode ser uma fonte de sofrimento psíquico para esse trabalhador.

As redes de atenção e sua descontinuidade no cuidado em saúde

Outro aspecto relevante para os ACS que se sobressaiu na discussão em grupo como dificultador do processo de trabalho foram as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Os agentes relataram que a rede, ao longo dos anos, tornou-se cada vez menos acessível dificultando o encaminhamento dos usuários às consultas especializadas, farmácias e hospitais; fatores que segundo eles impedem a continuação do cuidado à saúde da comunidade.

O objetivo principal da organização do sistema de saúde em redes de atenção, que não se circunscreve apenas à saúde, é prestar atenção integral, de qualidade e resolutive, que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual situação epidemiológica e demográfica do País, com predominância das condições crônicas

(BRASIL, 2015). Contudo, ao longo do tempo, o modelo vigente se organizou mais pelo modelo econômico do que pelas necessidades em saúde, onde a lógica é tratar a doença e não cuidar da saúde, resultando num sistema que funciona com base nos sintomas, médico-centrado e hospitalocêntrico (PORTO ALEGRE, 2013).

As consultas com médicos especialistas foram citadas como um “gargalo” do sistema de saúde, onde os usuários podem permanecer durante anos na “fila” aguardando por elas:

“tu precisa de um ortopedista, de um endócrino, um gastro e outras coisas e as pessoas ficam ali com uma demanda desde 2012/2013, daí tu vai lá, faz todo um trabalho... tem coisas que precisam pra ontem, e fica numa guerra com regulação, com gestores.” [GF1]

A comunicação entre os serviços de saúde que compõem a RAS é um ponto tido como deficiente na perspectiva do ACS, da mesma maneira que as consultas especializadas, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) são acionados com frequência, mas sem o retorno necessário para acompanhamento das situações que se impõe no cotidiano de trabalho. Segundo um ACS, essa falha na comunicação entre os serviços de saúde dificulta o progresso dos casos gerando angústia dos profissionais envolvidos que se sentem impotentes frente a essas situações.

Outro ACS compartilhou com o grupo, uma situação vivenciada em que diversos profissionais como assistente social, psicólogo, enfermeiro e brigada militar estiveram envolvidos, no entanto a demora em sua resolução culminou com a morte do paciente:

“Ele só poderia ser internado por medidas do Ministério Público, ação compulsória, só que demora muito e pra resumir isso acabou nem saindo e ele já tinha morrido dentro de casa.” [A20]

As situações de usuários que envolvem saúde mental, número bastante significativo segundo os agentes de saúde, ficam desamparadas em algumas áreas pela falta de apoio e atuação intersetorial que deveriam proporcionar profissionais e serviços qualificados para esses casos.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre de 2014 a 2017, de 25% a 50% dos pacientes que procuram atenção primária têm pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico. Os dados do relatório de gestão 2011/2012 indicaram por meio do número de internações psiquiátricas a insuficiência da assistência em saúde mental pelos serviços substitutivos e de base territorial (PORTO ALEGRE, 2013). Segundo Ayres et al (2012), a equipe de ESF, na figura do ACS em contato direto e constante com a comunidade, tem capacidade para o reconhecimento de necessidades em Saúde Mental no território, favorecendo a integralidade do acesso e vínculo com o serviço (AYRES et al,2012).

A falta de sigilo em relação às denúncias foi abordada pelos ACS como uma dificuldade em seu processo de trabalho especialmente nas discussões em grupo. Os ACS conhecem situações complexas durante suas atividades na comunidade, como os casos de violência de toda ordem, como agressões, abandono, abuso sexual, drogadição, entre outros.

Conforme os relatos apresentados na discussão em grupo pelos ACS, outro serviço da rede que os mesmos têm dificuldade em acessar e mesmo confiar é o Conselho Tutelar. Em muitas ocasiões encontra-se sem atendimento e outro aspecto mencionado foi a questão do sigilo aos denunciantes, os profissionais. Nestas situações, especialmente quando as denúncias partem dos ACS estes se sentem vulneráveis. Uma ACS recordou de uma situação em que seu esposo precisou intervir, pois ela foi ameaçada pelo provável agressor, e ainda casos em que a trabalhadora precisou mudar de endereço para manter sua integridade física e da família.

Andrade et al. (2011) reportaram a falta de segurança e o medo de sofrer ameaças relatados por diferentes profissionais em relação a algumas problemáticas, como o uso de drogas e a violência doméstica, destacando especialmente os ACS que, por fazerem parte da comunidade, temem ser considerados suspeitos em casos de denúncia. Bezerra e Monteiro (2012) analisaram em seu estudo que o medo e a insegurança dos

profissionais, para intervir frente ao problema da violência podem contribuir para que as situações de violência se legitimem, uma vez que, por se sentirem expostos ao agressor, estes acabam intervindo de maneira discreta e inespecífica, negando a atenção que deveria ser direcionada aos casos detectados e à prevenção de reincidência (BEZERRA; MONTEIRO, 2012).

Desse modo, os agentes comunitários de saúde levantaram o questionamento frente a exigência de residirem dentro da área de abrangência da ESF; até que ponto essa condição é viável considerando sua liberdade e segurança no agir?

Entre o trabalho prescrito e o trabalho real do ACS: estratégias de enfrentamento no cotidiano de trabalho

As estratégias foram apontadas como formas de enfrentamento das dificuldades encontradas no cotidiano do processo de trabalho dos ACS, revelando, por um lado formas potentes de cuidado e por outro um (des)cuidado com possibilidades de perpetuação de situações de violência e injustiças sociais. Acredita-se que o trabalho não se resume à prescrição definido *a priori* pelas organizações, por meio de métodos e procedimentos, mas é constituído a partir das situações concretas e com suas variabilidades (BRITO, 2005). Desta forma, maneiras criativas e solidárias são incluídas no cotidiano de trabalho, mas também estratégias de permanência e silenciamento do sofrimento.

Em relação à realização das atividades administrativas em detrimento do trabalho na comunidade, especialmente na utilização dos sistemas de informação sem capacitações prévias, foi revelado por um entrevistado a compra de um computador para que seus filhos pudessem ajudá-lo em casa. Em outra entrevista, dois ACS ponderaram sobre o desenvolvimento de tolerância para lidar com tais atividades, executando-as diariamente aprendeu a solucionar os problemas. Foi relatada negativa ao coordenador da ESF em executar outras atividades que não estivessem diretamente relacionadas com as pessoas da comunidade.

As capacitações insuficientes para as atividades de educação em saúde foram supridas por meio do compartilhamento de conhecimentos e experiências entre os profissionais das ESF, foi enfatizado o quanto cada um possui algum conhecimento, mesmo que equivocado, às vezes, é uma estratégia de colaboração segundo os ACS.

Recorrer à equipe foi referido por 40% dos entrevistados como uma estratégia para tentar resolver os problemas sociais e de saúde da comunidade. Os profissionais que os ACS mais recorreram foram aos enfermeiros, médicos e discussão em reunião de equipe.

Uma das características do processo de trabalho da saúde da família é o trabalho interprofissional com objetivo de integrar áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, inclusive com contribuição destes nas atividades de Educação Permanente à equipe de saúde (BRASIL, 2006). Ao enfermeiro cabe um contato mais próximo e contínuo ao ACS contribuindo para discussão, apoio e problematização nos temas relacionados ao trabalho (COSTA, 2011).

O enfrentamento dos obstáculos em prestar um cuidado em saúde resolutivo foi foco da discussão no grupo focal e lembrando por 8% dos entrevistados, revelando a necessidade da escuta e persistência na realização das ações cotidianas. Foi exemplificado que nem sempre é possível resolver os problemas das pessoas, contudo, o fato de disponibilizar momentos de atenção e escuta, já é um cuidado: “não precisa salvar o mundo mas quem puder, se for necessário levar água com a mão, esse pouco que pra muita gente já é tudo” [GF].

Ainda, foi apontado pelos entrevistados que, conformar-se é uma forma de enfrentar os obstáculos relacionados às redes de atenção à saúde: “tu acaba acostumando, porque ou tu acostuma ou tu fica frustrado e saifora” [GF].

A carência de materiais de consumo nas ESF foram remediadas pela doação ou compras dos mesmos pelos próprios trabalhadores. Nas discussões em grupo um ACS ponderou que as pessoas que acessam o serviço precisam reivindicar melhores condições para seus atendimentos. Foi reforçado, ainda, como estratégia a participação social dos profissionais, frequentando os conselhos de saúde a fim de criarem força para promoverem a mudança. Segundo Azevedo et al. (2011) a equipe das ESF reconhece a necessidade de mudanças em suas posturas em reivindicar maior responsabilização da comunidade diante do desafio da construção da saúde, porém sem uma clara noção de comofazer.

Para as dificuldades relacionadas à privacidade dos usuários, nos casos em que são constrangidos ou provocam constrangimento quando estes procuram o serviço de saúde, foi citada a estratégia de escolher um ACS de outra área para atendê-los. Sendo lembrado, ainda, que essa estratégia também é um modo de não se expor ou tomar conhecimento de informações delicadas ou sigilosas, nas quais os ACS normalmente são culpabilizados quando estas extrapolam o espaço da US e viram fofoca na comunidade.

O fato de residir na comunidade em que atuam, também implicou ser acionado pela população fora de expediente, nestes casos tentando preservar seu papel de morador e sua privacidade, orientam a população para que tais assuntos sejam tratados enquanto estiverem no seu papel de agente comunitário; nas visitas domiciliares ou nas US. Um ACS ainda justificou: “de manhã às vezes eles vão lá me chamar na minha janela” e logo sugeriu: “deveria mudar, tinha que ser conosco trabalhando nas áreas de postos de outras áreas que não fossem a de nossa moradia.”

No estudo de Menegussi, Ogata e Rosalini (2014), sobre a concepção do ACS em residir no local de trabalho revelou que ser morador do bairro não facilita a realização do trabalho, os quais por vezes são reconhecidos como uma interferência negativa, de alguém que sabe muito sobre a comunidade e seus moradores.

Ser morador no local em que se trabalha gerou para além dos constrangimentos, ameaça a segurança e a vida dos ACS, por isso, foi argumento como estratégia na discussão em grupo e por 8% dos entrevistados a opção da não denúncia de casos para o conselho tutelar ou mesmo não levar esses casos ao conhecimento da equipe: “Infelizmente, sabe quando tu quer resolver aquilo ali entre a equipe, pedindo ajuda do médico do enfermeiro, psicólogo, chamar a família e fazer exames? Não da, hoje eu não levo nada mais proposto” [GF].

Andrade et al (2011) evidenciaram em seu estudo que o medo dos profissionais de sofrer represálias por parte do agressor ou de familiares das vítimas dificulta o processo de notificação. A falta de sigilo profissional dos órgãos públicos que recebem a denúncia das situações de violência expõe os profissionais da ESF diante dos agressores. Tal configuração representa um importante obstáculo visto que a baixa credibilidade dessas instituições leva muitos profissionais a se omitirem diante da revelação e a apoiarem os agressores na manutenção do pacto de silêncio. (ANDRADE et al, 2011)

Considerações Finais

Estudar o processo de trabalho e as estratégias de enfrentamento no cotidiano de trabalho dos ACS reinterou as dificuldades enfrentadas pela expansão da atenção básica no Brasil, especialmente pelas precárias condições de infraestrutura, pelo desafio do trabalho em equipe na perspectiva da interprofissionalidade, com reconhecimento do quanto o cuidado em saúde pode ser composto por diferentes abordagens e saberes e ainda do nó crítico das redes de atenção, com seus pontos enfraquecidos ou rompidos.

O papel desenvolvido pelo ACS nas ações de educação e acompanhamentos das condições de saúde tem sido questionado pelos próprios atores, na medida em que permanecem mais tempo no interior da US do que em atividades na comunidade. Além disso, há um constrangimento presente por compartilhar de mesmo espaço como morador e trabalhador, representando dúvida sobre esta premissa. Tal constrangimento gera inclusive estratégias de des(cuidado) em relação aos agravos à população como a revelação dos casos de violência à equipe de saúde ou aos órgãos responsáveis.

Acredita-se, na importância da consolidação da AB no país, por meio da priorização deste mecanismo de atenção à saúde, em uma retaguarda capaz de colaborar com sua resolutividade e na atuação dos diferentes atores, dentre eles o ACS com premissa de fortalecer os diferentes saberes e necessidades presentes nos territórios da AB. Ao levar em conta as confrontações do trabalho real e prescrito é inegável a necessidade de diálogo entre as gestões locais do SUS, envolvendo controle social, profissionais e gestores para o enfrentamento das situações geradoras de sofrimento aos usuários e profissionais.

Referências

ANDRADE, E. M. et al. A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 1, p.147-155. 2011.

AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 16, n. 40, p.67-81, mar. 2012.

AZEVEDO, L.N. et al. Usuários e Equipe Saúde da Família no Processo de Construção da Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v. 15, n. 2, p.143-152, 2011.

BEZERRA, K. P.; MONTEIRO, A. I. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste: REVRENE**, Ceará, v. 2, n. 13, p.354-64, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: Conass, 2015. 127p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Altera o Anexo I da Portaria no 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. Portaria nº958, de 10 de Maio de 2016. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual de implantação de complexos reguladores**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. PORTAL DA SAÚDE. **E-SUS Atenção Básica**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 06 jun. 2016b.

BRITO, J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 879-890; 2005.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**, Hucitec, São Paulo, p. 132-153. 2008.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.693-705, abr. 2010.

COSTA, M. A. O. **A supervisão do enfermeiro no trabalho do agente comunitário de saúde: uma revisão bibliográfica**. 2011. 34 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

COSTA, S. M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p.1413-8123, jul. 2013.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.898-906, jan. 2009.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1869-1878, jun. 2015.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev Saúde Pública**, v.42, n. 3, p.555-61, 2008.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.13, n.28, p.123-135, 2009.

MENEGUSSI, J. M.; OGATA, M. N.; ROSALINI, M. H. P. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.1981-7746, 2014.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª Ed. Cidade: Hucitec, 2007.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p.1304-1313, jun. 2008.

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

OLIVEIRA, L. P.; CAMARGO, F. C.; IWAMOTO, H. H. Violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 2, n. 2, p.46-56, 2013.

PEREIRA, R. C. A. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.

PERES, C. R. F. B. et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 4, n. 45, p.905-911, 2011.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014 - 2017**. 2013. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2016.

SCHWARTZ, Y. A Experiência é Formadora? **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p.35-48, jan. 2010.

SCHWARTZ, Y. Entrevista. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4 n. 2, p. 457-466, 2006.

STANCATO, K.; ZILLI, P. T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. **RAS**, São Paulo, v. 12, n. 47, p.87-99, abr./jun. 2010.

TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. **Revista Histedbr**, Campinas, On-line, número especial, p. 93-113, 2010.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**, 2009. 65 p.

ANEXO A - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

Local:

Data:

Início:

Término:

TEMAS PARA OS ENCONTROS

Temas	Número de Encontros*
<p>Primeiro momento: apresentação da proposta de pesquisa e conhecendo os integrantes do grupo.</p> <p>Segundo momento: assistir um pequeno vídeo sobre o SUS, a ESF e trabalho do ACS. A seguir a discussão terá como foco o tema: pensando em seu trabalho, destaque as principais necessidades em saúde, os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios onde atuam.</p>	1º Encontro
<p>A partir das necessidades em saúde, os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios identificados pelos ACS discutir-se-á: como você, considerando determinado problema de saúde e seu contexto desenvolve seu trabalho/orientação e ações de educação em saúde?</p>	2º Encontro
<p>Assistir um pequeno vídeo e a seguir a discussão terá como foco a questão: E em que medida os conhecimentos por você transmitidos provém de suas experiências do cotidiano de vida e trabalho?</p>	3º Encontro

*Cada grupo focal terá três encontros e será realizados pelo menos três grupos, totalizando nove encontros para se contemplar as 28 equipes de ESF.

ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

Nome do entrevistado:

Local:

Data:

Início:

Término:

Idade:

Sexo:

Estadocivil:

Possuifilhos?

Sesim, quantos?

Religião:

Pratica? () Sim () Não

Raça/cordeclarada:

Escolaridade:

Tempo de serviçonaESF:

Possui outrosempregos?

1. Trajetória familiar: tempo de moradia na localidade, motivos de escolha do local (há quanto tempo reside neste local, escolha pela localidade, compra, herança);

2. Histórico da localidade: principais mudanças observadas ao longo do tempo (algo mudou daqueles tempos até o presente);

3. Como foi a aproximação com sua atividade de trabalho (o que desempenhava anteriormente, como decidiu por esta atividade, e o vínculo empregatício do ACS)

4. Redes de conhecimento formal (Como foi o curso inicial de capacitação para ACS quando ocorreu, qual foi a duração. E atualmente como ocorrem as capacitações/educação permanente – qual a periodicidade, como são definidos os temas, onde ocorrem, e quem ministra)

5. Saberes e práticas adquiridas das experiências de vida (como suas experiências auxiliam em suas orientações para o bem estar dos usuários)

6. O trabalho no dia-a-dia (descreva um pouco seu trabalho e as orientações que costuma dar aos diferentes problemas que lhe são apresentados, estas orientações tiveram sua origem em suas experiências de vida, de trabalho, em algum curso ou capacitação, motivação para continuar exercendo esse papel)

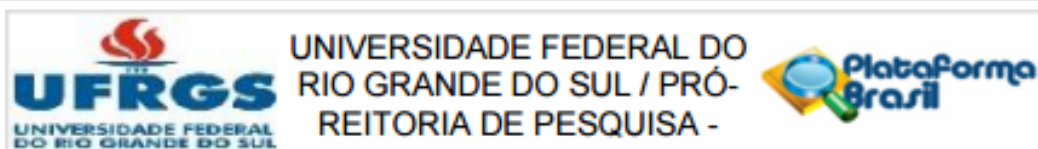
7. Ações de saúde (quais ações de saúde são realizadas no seu cotidiano, com o lida com as situações inesperadas)

8. O processo de trabalho e rotina de trabalho (instrumentos e ferramentas utilizadas, condições de trabalho – horário de trabalho, descanso, lazer);

9. Processo de trabalho(dificuldades relatadas e observadas em seu trabalho e são as estratégias utilizadas para superá-las)

10. Saúde-doença-trabalho (ocorrência de sinais e/ou sintomas atribuídos a experiências de trabalho, ocorrência de acidentes e outros agravos, medidas para saná-los, procura de algum lugar ou recurso específico).

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DA UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O DIALÓGO ENTRE DIFERENTES SABERES NO COTIDIANO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Pesquisador: Deise Lisboa Riquinho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41730515.0.0000.5347

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.009.554

Data da Relatoria: 02/04/2015

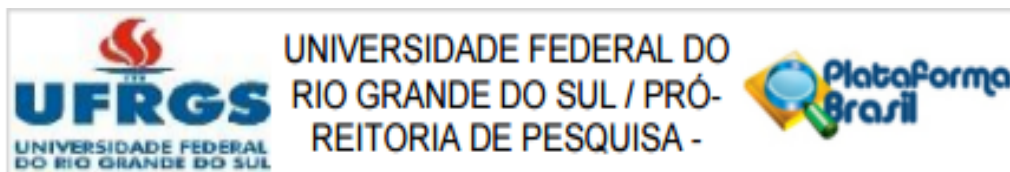
Apresentação do Projeto:

O projeto propõe um diálogo entre o saber epistêmico e o oriundo de vivências do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), buscando articular mutuamente saberes que envolvem o campo epistêmicoconceitual e a experiência e o saber dos trabalhadores, destacando a importância da sinergia, do diálogo crítico com os especialistas, nas pesquisas e intervenções no trabalho. Espera-se ao fomentar o diálogo entre diferentes saberes e contribuir para o fortalecimento das ações de educação em saúde na Atenção Primária, tendo em vista a identificação e estratégias de ação diante das necessidades apresentadas no território. Os sujeitos de pesquisa serão os ACS atuantes nas quatorze Estratégia Saúde da Família (ESF) da região Glória/Cruzeiro/Cristal do Município de Porto Alegre. A produção dos dados será por meio de grupo focal e entrevistas semiestruturadas.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como ocorre o diálogo entre o saber epistêmico e o oriundo de vivências do trabalho dos ACS; identificar e analisar a trajetória de vida e inserção dos ACS na ESF; mapear e analisar as redes de conhecimentos construídas nas experiências de vida e no trabalho do ACS; e identificar e analisar as atividades desenvolvidas pelos ACS e as micro gestões no cotidiano de trabalho.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.009.554

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São considerados como riscos o possível cansaço em responder às questões ou participar do grupo, mencionando a possibilidade de abandonar os mesmos se assim o participante preferir, sem nenhum ônus, e tendo auxílio com profissional da psicologia, caso sinta necessidade. Os benefícios são indiretos e estão claramente expostos no projeto, como a contribuição para uma melhor compreensão da relação entre os saber teóricos e práticos e a articulação dos mesmos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa parece bem fundamentada e embasada teoricamente, expondo com clareza seus objetivos, metodologia e justificativa. Foi informado que "o processo de trabalho das ESF prevê reuniões semanais de equipe, o convite aos ACS será feito nestes espaços, em contato prévio com os coordenadores de cada equipe de saúde agendar-se-á a participação da pesquisadora", esclarecendo, assim, como serão contactados os ACS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE e o Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre foram apresentados e estão adequados. O primeiro está adequado, redigido em linguagem clara, simples e informativa. O segundo declara ciência da pesquisa que se buscará fazer nas quatorze Estratégia Saúde da Família. Foi inserido o telefone do CEP/UFRGS.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

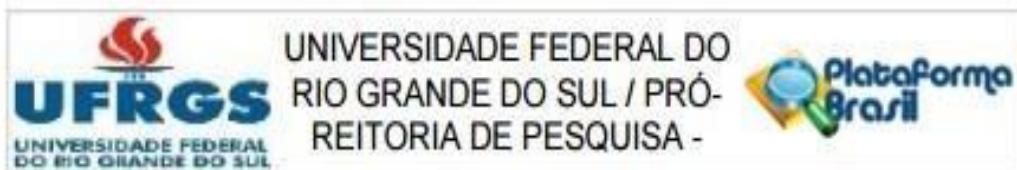
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



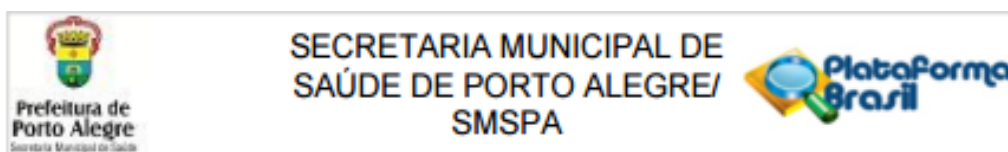
Continuação do Parecer: 1.009.554

PORTO ALEGRE, 02 de Abril de 2015

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O DIALÓGO ENTRE DIFERENTES SABERES NO COTIDIANO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Pesquisador: Deise Lisboa Riquinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41730515.0.3001.5338

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.147.128

Data da Relatoria: 14/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. Será utilizada como perspectiva empírica e analítica a abordagem ergológica de Yves Schwartz. Propõe um diálogo entre o saber epistêmico e o oriundo de vivências do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), buscando articular mutuamente saberes que envolvem o campo epistêmico - conceitual e a experiência e o saber dos trabalhadores, destacando a importância da sinergia, do diálogo crítico com os especialistas, nas pesquisas e intervenções no trabalho. Assim, sua questão norteadora é: Qual articulação entre os saberes formais (epistêmicos) da área da saúde e os saberes informais (das experiências) nas ações de educação em saúde dos Agentes Comunitários de Saúde? Têm-se por objetivo analisar a articulação entre o saber epistêmico e oriundo das experiências de vida e trabalho de agentes comunitários nas ações de educação em saúde nas Estratégias Saúde da Família (ESF) de um Distrito Sanitário no Município de Porto Alegre, RS. O cenário deste estudo será as ESF localizadas na região Glória/Cruzeiro/Cristal do Município de Porto Alegre. Os sujeitos de pesquisa serão os ACS atuantes nas quatorze ESF da região de estudo: Alto Embratel, Cruzeiro do Sul, Divisa, Graciliano Ramos, Jardim Cascata, Mato Grosso, Nossa Senhora das Graças, Orfanotrófio, Osmar de Freitas, Rincão (administrada pelo Hospital Divina Providência), São Gabriel, Santa Anita, Santa Tereza e Nossa Senhora de Belém (administrada pelo Hospital Divina Providência).

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.147.128

Os critérios de inclusão dos profissionais serão:

1) fazer parte do quadro funcional do serviço, independente do vínculo empregatício; 2) ter idade igual ou maior de 18 anos; 3) estar atuando no serviço há pelo menos três meses; 4) concordar em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Serão excluídos os agentes que estiverem afastados do trabalho no período da coleta de dados.

O processo de trabalho das ESF prevê reuniões semanais de equipe, o convite aos ACS será feito nestes espaços, em contato prévio com os coordenadores de cada equipe de saúde agendar-se-á a participação da pesquisadora. Em tal ocasião a pesquisa será apresentada em relação a sua problemática, objetivos e método. A produção dos dados será por meio de grupo focal e entrevistas semiestruturadas. A operacionalização da análise ocorrerá pela categorização temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Analisar a articulação entre o saber epistêmico e oriundo das experiências de vida e trabalho de agentes comunitários nas ações de educação em saúde no Programa Saúde da Família em um Distrito Sanitário no Município de Porto Alegre, RS.

Objetivos específico

- Identificar e analisar a trajetória de vida e inserção dos ACS na ESF;
- Mapear e analisar as redes de conhecimentos construídas nas experiências de vida e no trabalho do ACS;
- Identificar e analisar as atividades desenvolvidas pelos ACS e as micro gestões no cotidiano de trabalho.

Para tanto, tem-se como metas:

- promover o momento de pesquisa como um espaço de reflexão "do trabalho e para o trabalho" o que vai ao encontro da estratégia de educação permanente;
- propor estratégias metodológicas de educação permanente, a partir do cotidiano de trabalho dos ACS e do reconhecimento e diálogo entre os saberes provenientes das experiência e da epistême;
- incentivar trocas solidárias e de aproximação entre os trabalhadores e usuários da Atenção Primária, pensando em compartilhamento do conhecimento, reconhecimento das necessidades

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.147.128

de cada território em prol da resolutividade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Como riscos, há possibilidade de sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, poderemos concluir a atividade e encaminhá-lo para conversar com um profissional do serviço de psicologia, previamente acordado."

Benefícios:

"Ao aceitar participar dessa pesquisa, o (a) senhor (a) estará contribuindo para o maior conhecimento das ações desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde e as relações estabelecidas entre o saber epistêmico e oriundo das experiências de vida e trabalho de agentes comunitários nas ações de educação em saúde. A pesquisa também possibilitará compreender as demandas de saúde destes trabalhadores, fornecendo informações que poderão nortear ações do Sistema Único de Saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição: UFRGS

Área: Enfermagem

Nível: Pesquisa Institucional da Escola de Enfermagem

Local do Estudo: 14 ESF da região Glória/Cruzeiro/Cristal

Coleta de dados: 7/2015 a 01/2016

Nº participantes: 44

Data conclusão: 23/03/2017

Pesquisador Responsável: Deise Lisboa Riquinho

Equipe: Eliane Pinheiro de Moraes; Letícia Becker Vieira

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

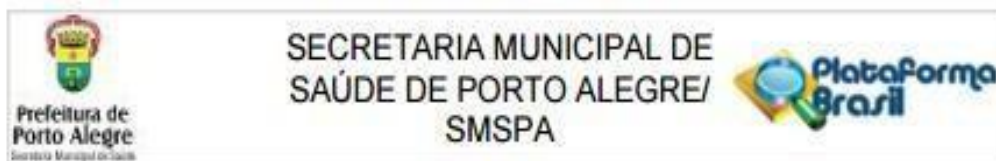
Termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências identificadas foram adequadas pela pesquisadora.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.147.128

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Deverá ser apresentado o parecer de aprovação do CEP SMSPA à Gerência Distrital de Saúde para combinar o início da pesquisa.

Enviar ao CEP SMSPA o relatório parcial e trabalho final, ao término do estudo.

PORTO ALEGRE, 13 de Julho de 2015

Assinado por:

MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com

ANEXO E – APROVAÇÃO COMPESQ ENFERMAGEM



Sistema Pesquisa - Pesquisador: Deise Lisboa Riquinho

[Retornar](#)**Dados Gerais:**

Projeto Nº: 30508 **Título:** O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E AS MICRO-GESTÕES NO SEU COTIDIANO

Área de conhecimento: Enfermagem de Saúde Pública **Início:** 01/03/2016 **Previsão de conclusão:** 01/07/2016

Situação: Projeto em Andamento

Origem: Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional **Projeto Isolado com linha temática:** Integra o projeto de pesquisa "O DIALOGO ENTRE DIFERENTES SABERES NO COTIDIANO DOS AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE"

Local de Realização: não informado

Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.

Objetivo:

Compreender o processo de trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde e as micro gestões do cotidiano, no Programa Saúde da Família em um Distrito Sanitário no Município de Porto Alegre, RS.

Palavras Chave:

AGENTE COMUNITÁRIO; PROCESSO DE TRABALHO

Equipe UFRGS:

Nome: DEISE LISBOA RIQUINHO
 Coordenador - Início: 01/03/2016 Previsão de término: 01/07/2016
Nome: TAINA VIANNA PELLINI
 Técnico: Outra Função - Início: 01/03/2016 Previsão de término: 01/07/2016

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 07/01/2016 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Anexos:

[Projeto Completo](#)

Data de Envio: 18/12/2015

ANEXO F – CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Carta de autorização do uso dos dados

Eu, Deise Lisboa Riquinho, autora da pesquisa “O diálogo entre diferentes saberes no cotidiano dos agentes comunitários de saúde”, devidamente aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS e SMS, sob o número CAAE 41730515.0.0000.5347 e CAAE 41730515.0.3001.5338, respectivamente, autorizo Tainã Vianna Pellini, CPF 03019206057, número de matrícula 00217251, a utilizar informações do banco de dados da referida pesquisa para seu trabalho de Conclusão de Curso, no período de 2015/2 a 2016/1, sob minha orientação.

Porto Alegre, 15 de dezembro de 2015


Deise Lisboa Riquinho

ANEXO G – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO: PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA

Physis é uma revista trimestral publicada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Seu objetivo geral é divulgar a produção acadêmica em Saúde Coletiva. Sua linha editorial enfatiza abordagens interdisciplinares, críticas e inovadoras no campo. A revista é composta basicamente de artigos originais de demanda livre e seções de resenhas, entrevistas, cartas e comentários. O Conselho Editorial pode, ocasionalmente, propor temas específicos considerados relevantes, e publicar trabalhos de autores convidados especialistas no tema, e que também irão passar por um processo de revisão por pares. A Revista *Physis* publica artigos nas seguintes categorias: Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema *ScholarOne Manuscripts*, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. Para submeter originais, é necessário estar cadastrado no sistema. Realizado o cadastro, deve-se fazer o *login*, acessar o "Author Center" e dar início ao processo de submissão.
2. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende o corpo do texto, as notas e as referências. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.
3. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde. Os autores devem indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item Agradecimentos, ao final do artigo ou em nota de fim.
4. Os artigos devem ser escritos preferencialmente em português, mas podem ser aceitos textos em inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às

normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

5. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos nas etapas indicadas do processo de submissão (primeira e segunda, respectivamente). Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, após as referências (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Contendo, cada um até 200 palavras, eles devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de 3 a 5 palavras-chave em português e inglês. O título completo do artigo também deverá ser traduzido, assim como o título curto. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

6. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em *Word* ou similar. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em *Photoshop* ou *Corel Draw* ou similar. Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema no sexto passo do processo de submissão, indicadas como "image", "figure" ou "table", com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

7. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível, e não devem ser compostas como referências. Não há restrições quanto ao número de notas.

8. As referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, conforme exemplos a seguir. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

9. Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença *Creative Commons Attribution CC-BY*. A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista *Physis*. Quando da reprodução dos textos publicados em *Physis*, mesmo que parcial e para uso não comercial, deverá ser feita

referência à primeira publicação na revista. A declaração de autoria deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e inserida no sexto passo do processo de submissão, e indicada como "*supplemental file not for review*", de modo que os avaliadores não tenham como identificar o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer outros comentários ou observações encaminhados aos editores deverão ser inseridos no campo "*Cover letter*". 10. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, o número máximo de autores está limitado a quatro, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a remoção de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo a seguir), conforme deliberado pelo *International Committee of Medical Journal Editors*. Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar no sexto passo do processo de submissão. Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria. 11. Em atendimento às normas da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado. 12. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o manuscrito, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "*Cover letter*". 13. A Revista *Physis* não cobra taxa de submissão e avaliação de artigos. 14. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível em publicá-lo em inglês também, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada, recomendada pela Editoria de *Physis*, e os custos de tradução correrão por conta do autor. 15. Os autores são responsáveis por todos os conceitos e as informações apresentadas nos artigos e resenhas. 16. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.