

Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil)

Disclosing the work processes of the community health agents on the Family Health Strategy in Vitória (ES, Brazil)

Heletícia Scabelo Galavote¹
 Thiago Nascimento do Prado¹
 Ethel Leonor Noia Maciel¹
 Rita de Cássia Duarte Lima¹

Abstract *The community health agent (CHA) has a singular role as a “link” between the community and the health service. The main purpose of this descriptive/qualitative study is to evaluate the production of the CHA work processes in the Family Health Strategy in the county of Vitória (ES, Brazil). The research was developed in the health region of Maruípe, a district in the county of Vitória. The researchers invited 14 CHAs to use a half structured interview based on a guide script containing 24 questions. The process of work in health was considered as “a prevention and promotion of health”, and the domiciliary visits were considered as being an everyday basic activity. The CHAs withhold several interpretations concerning to the work process and associated to the concept of unit the team has. It is also possible to notice a kind of idealism of the competences concerning to the CHA work, thus, causing a feeling of impotence and limitation when facing the challenges imposed by it. It is possible to conclude that the CHA needs tools and abilities that overcome their technical knowledge in order to act in a social scope and also to deal with the health needs of each user.*

Key words *Family Health Strategy, Community health agent, Work process, Basic health care*

Resumo *O agente comunitário de saúde (ACS) tem um papel singular como “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar a produção dos processos de trabalho dos ACSs na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES). Trata-se de um estudo descritivo de caráter qualitativo, desenvolvido na região de saúde da Grande Maruípe. A amostra foi constituída por 14 ACS, sendo empregada, na coleta dos dados, a entrevista semiestruturada, com base em um roteiro-guia contendo 24 questões. O processo de trabalho em saúde foi conceituado pelos agentes em estudo como “prevenção e promoção à saúde”, e as visitas domiciliares foram referidas como a atividade básica do cotidiano. Os agentes detêm interpretações diversas sobre o processo de trabalho e associam a equipe ao conceito de união. Verifica-se uma idealização das competências referentes ao trabalho do ACS, o que gera um sentimento de impotência e limitação em face dos desafios impostos. Conclui-se que o ACS necessita de ferramentas e habilidades que superem o conhecimento técnico, permitindo-lhe atuar no âmbito social de cada família, considerando o campo das necessidades de saúde de cada usuário.*

Palavras-chave *Estratégia Saúde da Família, Agente comunitário de saúde, Processo de trabalho, Atenção primária à saúde*

¹Unidade de Saúde da Família Frade Praias, Prefeitura de Angra dos Reis. Rua Paulo Sodré Nóbrega 130B, Frade. 23900-000. Angra dos Reis RJ. heleticiagalavote@yahoo.com.br

Introdução

A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido um desafio por várias questões, entre as quais se destaca a própria constituição do trabalho em saúde, cujos processos não têm, na prática, privilegiado o vínculo nem a própria noção de um trabalho em equipe. A prática do trabalho em equipe com a integração entre os profissionais e as intervenções executadas, em substituição à mera justaposição das ações e ao agrupamento dos agentes, pode ser reconhecida e apoiada por alguns critérios definidos por Peduzzi¹ como a comunicação entre os agentes do trabalho, a articulação das ações, o questionamento das desigualdades estabelecidas entre os diversos trabalhos e o reconhecimento do caráter interdependente da autonomia profissional. **Assim, o trabalho em equipe pressupõe a interação entre as pessoas envolvidas, que se posicionam de acordo para coordenar seus planos de ação².**

Dessa forma, autores como Lima³ e Merhy⁴ apontam que a mudança no modelo assistencial de saúde passa, necessariamente, pela reorientação do processo de trabalho em saúde, na perspectiva de se constituir como um trabalho coletivo, realizado por diversos atores e diversos outros grupos de trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional.

Nessa perspectiva, Peduzzi¹ aponta: **o trabalho em saúde configura-se como um trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de algo (a saúde) imprescindível ao conjunto da sociedade.** Como trabalho reflexivo, ele é dotado de incertezas, não podendo, portanto, ser definido a *priori* nem se submeter a critérios inflexíveis de produção.

Nesse contexto, o agente comunitário de saúde (ACS) tem um papel singular, ao se constituir um “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde, atuando de forma condizente com atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação em saúde, visando, sobretudo, à promoção da qualidade de vida e bem-estar da população.

A inserção do ACS no contexto da atenção primária à saúde (APS) está pautada na representação de vínculo e no elo na relação serviço-comunidade, o que o torna também um potente “mediador” de tensões da clientela, por atender às inúmeras demandas de saúde. Mas simplificar o papel do agente de saúde é, no mínimo, desconhecer o avanço que sua atuação propor-

cionou, especialmente nas pequenas localidades que até então não tiveram acesso a algum tipo de atenção à saúde⁵.

Para os objetivos deste estudo, procuramos nos deter na avaliação da produção dos processos de trabalho dos ACS inseridos na ESF, no município de Vitória, buscando identificar a concepção dos ACS sobre o seu cotidiano de trabalho.

Assim, considerando a importância da ESF e o papel singular dos trabalhadores de saúde, é fundamental analisar esse modelo a partir de várias vertentes. Avaliar a dinâmica do trabalho que é efetuado no cotidiano das instituições de saúde se justifica pelo fato de que a reorientação do trabalho realizado detém potencial para as mudanças nas modalidades de trabalho e prática dos trabalhadores, favorecendo a inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência à saúde e também pela possibilidade de dar outra visibilidade ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às práticas desenvolvidas no âmbito da ESF.

A avaliação sistemática, em todos os níveis de saúde, em especial no espaço de produção dos processos de trabalho, permite a construção de um ciclo de debates que permeia o processo de tomada de decisão no contexto da gestão do sistema, por meio das ações de planejamento, execução, avaliação e ação, no sentido de ressignificar saberes e práticas forjadas na produção desse processo, fortalecendo a importância de que qualquer decisão seja tomada com base em evidências comprovadas e que faça sentido para a organização dos serviços e do trabalho em saúde⁶.

O cotidiano de trabalho do agente comunitário constitui o lugar onde existe a permanente invasão de mundos, com produção de estranhamentos, ruídos e falhas, em um panorama repleto de significados, em que acordos e contratos existem e, ao mesmo tempo, onde os agentes impõem estranhamentos, quebras e linhas de fuga. Assim, a observação desse cotidiano possibilita a identificação de um mundo de subjetividades, significados, aspirações e modos específicos de produzir os processos de trabalho na realidade apresentada nos serviços de saúde⁴.

Aspectos metodológicos

Esta investigação é um estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo, que busca caracterizar e analisar o trabalho dos agentes comunitários de saúde em equipes de saúde da família. A pesquisa exploratória e descritiva constitui um tipo de estudo que busca observar, descrever e

documentar os aspectos de uma situação que naturalmente ocorre, trazendo uma abordagem qualitativa, que tem como fundamento a constatação de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível a partir da descrição da experiência humana⁷.

A pesquisa foi desenvolvida na região de saúde da Grande Maruípe, no município de Vitória, na qual se localizam cinco unidades de saúde da família (USF), situadas nos territórios de Consolação, Andorinhas, Thomaz Tommasi, Bairro da Penha e Maruípe. Nas unidades em estudo, o quantitativo de equipes de saúde da família completas é, respectivamente: Consolação, com seis equipes; Andorinhas, com duas equipes; Maruípe, com sete equipes; Bairro da Penha, com três equipes; e Thomaz Tommasi, com três equipes, tendo cada equipe, em média, quatro ACS.

A escolha do cenário se justifica por ser a região na qual o Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo se localiza e por ser o cenário de práticas dos acadêmicos dos cursos da área da saúde.

Para a coleta dos dados, foi feita uma carta-convite afixada no mural da sala de reuniões de cada USF, convidando os ACS a participar da pesquisa como sujeitos. A carta continha os objetivos, período, critério de inclusão (equipes completas), horário da reunião para esclarecimento sobre a pesquisa e o horário da coleta dos dados. Todos os ACS que compareceram à reunião e que, voluntariamente, aceitaram participar da pesquisa e das estratégias de coleta dos dados constituíram a amostra do estudo, sendo, assim, representada por 14 ACS.

Nesse aspecto, Minayo⁸ observa que, na abordagem qualitativa, o critério da amostra não necessita ser numérico, uma vez que o aprofundamento e a abrangência da compreensão do fenômeno em estudo são mais relevantes que as generalizações.

A técnica de investigação escolhida para a coleta dos dados empíricos foi a entrevista semiestruturada, procedimento que permite obter informações contidas na fala dos atores, por meio de fatos relatados conforme a realidade vivenciada⁸.

Pela entrevista individual semiestruturada, foi possível identificar o perfil dos ACS e sua concepção sobre o trabalho em saúde, seus desejos e interesses, quais conflitos enfrentam e também a forma como veem a sua prática. Assim, a entrevista foi realizada com base em um roteiro-guia contendo 24 questões, incluindo dados sociais, processo de trabalho na ESF, concepções acerca do tema, sugestões e desafios.

O estudo foi desenvolvido no período de julho de 2005 a julho de 2006, e os dados foram coletados de janeiro a fevereiro de 2006, com duração média de cada entrevista em torno de trinta minutos.

O contexto sociocultural evidenciado entre os sujeitos da pesquisa é presente em cada fala e atitude dos participantes; dessa forma, sua análise foi baseada na apreensão dos significados identificados nas entrevistas, fundamentados na análise de conteúdo.

A análise do material constou dos seguintes passos: ordenação inicial dos dados, classificação e análise final. Inicialmente, os relatos foram agrupados de acordo com a semelhança, a partir de recortes e extração das ideias relevantes. Foi efetuado o agrupamento das falas conforme a familiaridade, surgindo, então, os subtemas, considerados, neste estudo, como eixos temáticos. Na redação final, a análise foi realizada com a divisão dos relatos em dois subtemas ou eixos temáticos: o perfil dos agentes comunitários de saúde e o processo de trabalho em saúde e suas implicações.

Os agentes foram referenciados pela letra E, seguida de um número correspondente, com o intuito de garantir o anonimato dos sujeitos.

Antes de serem iniciadas as entrevistas, eram apresentados aos ACS os objetivos da pesquisa com a disponibilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram informados de que todos os dados seriam tratados de maneira sigilosa e que o consentimento poderia ser retirado a qualquer momento, sem nenhuma penalidade ou ônus. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFES e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

Resultados e discussão

Perfil dos agentes comunitários de saúde

Na identificação dos agentes em estudo, houve predomínio de indivíduos do sexo feminino (92,9%) em relação aos do sexo masculino (7,1%). A predominância de agentes do sexo feminino caracteriza a crescente feminização da força de trabalho nos atos em saúde, que também está presente entre outras profissões, como enfermagem. Esse perfil, conforme apontam alguns estudos, está relacionado com o papel de cuidador que a mulher sempre desempenhou na sociedade, sendo responsável pela educação e

cuidados às crianças e aos idosos da família, o que contribui para a sua maior credibilidade e sensibilidade perante a comunidade assistida⁹.

Sobre esse aspecto, Lunardelo⁷ recorre à gênese da ESF para demonstrar que, desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a contratação de mulheres foi priorizada com o pressuposto de causar um impacto na condição social das mulheres, por meio do trabalho remunerado.

A faixa etária predominante foi entre 19 e 29 anos, o que indica a busca da profissão de ACS como uma nova perspectiva de trabalho e melhoria da qualidade de vida por parte dos jovens da comunidade, principalmente nos bairros mais carentes. Segundo Ferraz e Aerts¹⁰, estudos apontam o fato de que os ACS com mais idade tendem a deter um conhecimento maior acerca dos problemas da comunidade, com mais vínculo e laços de amizade, além de conflitos e inimizades. No entanto, reconhecem que a possibilidade de inserção de jovens nesse contexto poderá garantir uma abertura maior para as mudanças e novidades tão necessárias para a consolidação da ESF, como uma forma de propiciar a reorganização do sistema.

Nas unidades de saúde da família estudadas, todos os agentes comunitários passaram por um processo seletivo, o que acaba se refletindo no aumento do nível de escolaridade, pois a maioria apresentou o ensino fundamental e médio completo. É evidente que, quanto maior o grau de escolaridade, mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade.

Assim, Tomaz¹¹ aponta, ainda, tal fato como sendo o “novo” perfil profissional, que vai produzindo um novo saber, um novo fazer, um novo ser, ressaltando que o ACS deve ser alguém que se identifique, em todos os sentidos, com a sua própria comunidade, com relação à cultura, linguagem e costumes, o que deve fomentar, inclusive, as discussões referentes ao nível de escolaridade que necessitam ter os ACS, pela crescente incorporação de responsabilidades e competências que vão sendo incorporadas à prática dos ACS, já que a instituição desse novo perfil deve acompanhar e traduzir as novas exigências e competências no campo político e social.

Quanto ao tempo de trabalho na ESF, encontramos uma baixa rotatividade desses trabalhadores, já que a grande maioria (64%) trabalha na ESF há cerca de quatro a seis anos, o que, segundo Schimith e Lima¹², é importante para o entendimento do papel do agente, que é construído nas

suas práticas cotidianas e no seu tempo de permanência e vínculo de contato com a comunidade.

Ferraz e Aerts¹⁰ também recomendam a constatação de que o tempo mínimo de dois anos é indispensável para o conhecimento da comunidade pelo agente, no entanto ressaltam que a qualidade da relação entre agente e população é apenas em parte determinada pelo tempo de vivência do profissional, pois a empatia com a comunidade, e vice-versa, é demasiadamente importante para a integração desse trabalhador no estabelecimento de vínculo e responsabilização com os usuários do sistema.

Observando a situação de emprego e trabalho dos entrevistados antes de iniciar a atividade atual, foi possível constatar os principais motivos pelos quais os indivíduos buscam a profissão de agente de saúde: o desemprego, a falta de opção e a insatisfação com o emprego anterior, características presentes em cerca de 50% dos relatos. A entrevistada E2 relatou, ainda, a busca da profissão de agente em decorrência do fato de estar aposentada e ter uma experiência prévia no atendimento às crianças da comunidade, conforme seu relato: ***Eu me aposentei no comércio e já tinha trabalhado na pastoral da criança.***

Ainda houve relatos referentes às facilidades em trabalhar no bairro onde se reside e ao processo simplificado para a contratação: ***Nem esperava que eu fosse passar, a contratação foi muito simples (E4); Une o útil ao agradável: trabalhar no meu bairro e fazer o que gosto (E3).***

Ser agente comunitário também representou, para um dos entrevistados, uma possibilidade de “melhorar de vida”, apesar de haver um desconhecimento da essência do trabalho que iria realizar: ***Eu quis ser agente de saúde porque queria melhorar de vida. Mas não sabia o que me esperava, não sabia o que eu iria fazer e nem se daria certo (E6).***

A totalidade dos entrevistados relatou nunca ter tido experiência prévia na área de atenção primária à saúde, o que constitui um reflexo do perfil distinto desse profissional que é admitido no serviço de saúde mediante formas diferentes de avaliação que consideram não a experiência prévia e, sim, a capacidade de solidariedade e liderança, que são requisitos primordiais na formação da credibilidade perante a comunidade¹³.

O processo de trabalho em saúde e suas implicações

Para Merhy⁴, o trabalho em saúde está sempre vinculado a uma face humanitária que deve

ser incorporada às tecnologias leves, formadoras de relações e intercessões. O mesmo autor ainda é quem nos interroga sobre o significado do trabalho em saúde, a partir do qual será possível compreender toda a dinâmica inerente às atividades desenvolvidas no contexto da atenção primária à saúde. Nesse sentido, é importante que cada profissional apreenda e entenda os atos que desenvolve no cotidiano, a fim de instituir uma política de ação condizente com aquela realidade vivenciada.

A concepção dos agentes quanto à significância do trabalho em saúde revelou diferentes interpretações que culminam em um ponto comum: o processo de trabalho em saúde como sinônimo de prevenção e promoção à saúde, conforme dito: ***é promover saúde, mudar hábitos, costumes e, sobretudo, prevenir doenças cuidando da população com carinho*** (E3).

Houve, ainda, relatos que relacionaram esse trabalho à temática da humanização: ***Trabalhar a saúde da população e melhorar o modo de vida das pessoas de forma humanizada*** (E7).

Conforme Casate e Corrêa¹⁴, a temática da humanização envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um projeto político de saúde calcado em valores, como a cidadania, o compromisso social e a saúde como qualidade de vida, passando pela revisão das práticas de gestão tradicionais, até os microespaços de atuação profissional nos quais saberes, poderes e relações interpessoais se fazem presentes.

Na avaliação do processo de trabalho dos agentes estudados, foi possível observar que as visitas domiciliares se constituíram como a principal atividade básica no cotidiano, seguida pela normalização do ato de “assinar o ponto”, atendendo às normas institucionais: ***Assino o ponto, vejo o que preciso e seleciono minhas visitas*** (E3).

Em concordância com tal achado, é possível avaliar a tendência do trabalho desse profissional que está centrado, atualmente, mais na esfera institucional do que na solidária e social. Nesse sentido, Nogueira e Ramos¹⁵ afirmam que isso constitui um dilema permanente na prática do agente que se vê “dividido” entre a dimensão técnica e a social de seu trabalho, o que gera conflitos evidentes na prática cotidiana. Os autores afirmam, ainda, que determinados serviços acabam dando mais espaço para um determinado polo, não havendo síntese, e no dia a dia esses agentes se defrontam com várias contradições que constituem um entrave à compreensão dos atos desenvolvidos e potencialidades na construção e fundamentação das propostas da ESF.

Alguns agentes, cerca de 20%, associam o seu processo de trabalho a atividades como orientação, acompanhamento e apoio: ***nós, como agentes, devemos saber ouvir; ajudar e tentar resolver tudo*** (E9); ***forneço informação, apoio, orientação e vejo o indivíduo como um todo*** (E6).

Isso corrobora a afirmação de Oliveira *et al.*¹⁶ de que o trabalho do ACS é baseado em ações educativas e preventivas que buscam fortalecer a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, bem como o vínculo do sistema de saúde com a comunidade, considerando que o ACS deve estar atento para quatro verbos importantes na execução de seu trabalho, pois refletem a maioria de suas ações: identificar, encaminhar, orientar e acompanhar.

Lunardelo⁷ diz que existem diversos estudos que retratam e confirmam sintomas de estresse nos trabalhadores da área da saúde, com um contingente acentuado de ACS entre os indivíduos estudados. O estresse, nesse sentido, é tido como um estado de tensão que gera uma alteração do equilíbrio interno do organismo, que pode ser exteriorizado por sintomas físicos, como insônia e perda da memória, e sintomas psíquicos, como irritabilidade e sensibilidade emotiva aumentada. Não é resultado somente da presença de um “fator estressor”, mas também da falta de habilidades para o enfrentamento de situações novas ou adversas, como a violência, as desigualdades, os confrontos e as impotências cotidianas em que os agentes se veem imersos diante das várias situações que vivenciam como parte dos objetivos do seu trabalho.

Assim, ao se avaliar o ambiente como um estressor para os agentes em estudo, verificamos que mais da metade dos entrevistados retrata seu ambiente de trabalho como gerador de estresse contínuo: ***estressante demais*** (E1); ***muito estressante, falta muita coisa*** (E9).

Esses profissionais atribuem tal fato a diversos fatores, entre eles a cobrança por parte da comunidade: ***nossa área de serviço é na rua e não na unidade de saúde. Os moradores vêm procurar a gente e exigem muitas coisas que não dá para resolver*** (E5); ***A comunidade cobra muito e não entende que não posso ajudar em tudo e que muitas coisas não dependem só do meu trabalho*** (E6).

Está bem clara, a partir dessas falas, a existência de uma cobrança e pressão sobre o trabalho do ACS no cumprimento das tarefas e responsabilidades inerentes a ele, existindo, também, muita cobrança por parte da população, que o vê como uma “ponte” que permite o acesso ao serviço e foco de escuta de suas necessidades.

Tomaz¹¹ traz à tona um alerta sobre o risco de atribuímos ao ACS o árduo papel de “mola propulsora do SUS”. Muitas vezes, para o agente, ser uma referência para as famílias, em face de todos os obstáculos, constitui motivo de incômodo e indignação em consequência do entendimento de sua limitação na promoção dos atos em saúde demandados pela comunidade.

Surgem, também, outros fatores estressantes inerentes ao trabalho na USF: **Tem funcionários de difícil convívio, faltam materiais e medicamentos e o pessoal não está preparado para resolver os problemas da população** (E14).

Verificamos que, em muitos momentos, a equipe não corresponde às expectativas: **meus colegas não respeitam meu trabalho, sou muito criticada** (E13). Em outros, vê-se o envolvimento do agente com os problemas da sua comunidade: **vemos muita pobreza, pessoas isoladas, sofrimento, e acabamos nos envolvendo e atuando como psicólogos** (E10).

Silva e Dalmaso¹⁷ afirmam que entender as pessoas que habitam a área de abrangência da equipe de saúde da família permite ao ACS ter um conhecimento amplo da realidade local e do modo de vida dos indivíduos, enriquecendo as relações e o vínculo com o usuário; ao mesmo tempo, gera constantes sofrimentos para esses trabalhadores no enfrentamento desses problemas no cotidiano.

A violência também constitui uma situação revelada na insatisfação do agente com o trabalho, originando o medo e dificultando o acesso aos domicílios durante as visitas: **A comunidade é carente; eu me sinto segura com eles. Mas tem o lado da violência e do tráfico de drogas. Eu vejo as coisas e finjo que não vi, porque senão eles podem fazer algo contra mim ou contra a minha família** (E4).

Esses dados nos levam a refletir sobre a complexidade do trabalho dos agentes, uma vez que ela não está retratada nas competências institucionalizadas pelos protocolos e normas do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, estando o ACS exposto, no cotidiano, às situações de risco decorrentes das distintas formas de manifestações da violência sem, contudo, ter acesso a ferramentas de enfrentamento.

Lunardelo⁷, ao revelar a organização e a estrutura da Estratégia Saúde da Família no atual contexto, remete-nos a uma discussão acerca das implicações e singularidades da multidisciplinaridade na APS, com ênfase na divisão do trabalho, posição do trabalho, redes de poder, valores e relações organizacionais e informais, como fa-

tores relacionados com o desempenho e êxito nas atividades referentes ao trabalho em saúde.

Por esse prisma, ao nos determos na concepção de equipe como ponto central no cotidiano dos processos de trabalho em saúde, é possível evidenciar que a grande maioria dos entrevistados detinha diferentes concepções sobre a questão do trabalho em equipe, sendo unânime a sua vinculação à organização do trabalho pautado na “União”: **Para mim, trabalho em equipe é união; não tem como trabalhar individualmente no PSF, não vamos a lugar nenhum** (E2); **É união, onde todo mundo participa, dá sua opinião e trabalha em conjunto** (E3).

Com base na representação sobre o trabalho em equipe como “União”, Peduzzi¹⁸ considera que a forma de olhar a organização do trabalho vai se produzindo por meio de relações de reciprocidade, da articulação de ações desenvolvidas em comum e da integração dos profissionais na utilização de algumas ferramentas, como a comunicação. Assim, o trabalho multiprofissional requer união e integração entre ações e atores, ou seja, não basta existir somente participação nas situações de trabalho e nas relações pessoais cordiais; é necessário haver compartilhamento de núcleos de saberes, união e comprometimento com a proposta.

A ajuda mútua e a cooperação com o trabalho dos outros membros da equipe constituem uma variável de notável impacto e frequência de relatos que apontam: **Trabalhar um ajudando o outro** (E5); **todo mundo falando a mesma língua, união, compartilhamento de problemas e resolução** (E9).

A partir dos relatos, a vinculação do trabalho em equipe foi sendo associada à necessidade de promoção de mudanças das práticas de saúde. Em certa medida, isso retrata o fato de que a integração de práticas produz a construção de um campo de produção do cuidado que deve incorporar a ética, a técnica e a comunicação, com o objetivo de atender às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência do serviço¹⁸.

Na entrevista, E7 acrescenta que o trabalho em equipe, além de ser um espaço de ajuda constante, constitui uma possibilidade para o desenvolvimento de ações sociais diversas, como **palestras, reuniões, trabalhos coletivos e ações educativas**, o que reafirma a constatação de que são necessárias novas propostas de trabalho que exijam e explorem a criatividade e as atividades comunitárias e em grupo, na busca de um novo paradigma de atenção.

A entrevistada E14 ressalta: **colaboração e respeito são as palavras-chave do trabalho em equipe. Nossos profissionais são muito capacitados e vão além do que lhes é atribuído. Há uma interação com a comunidade e há momentos únicos que fazem nosso trabalho ser mais humano e compensador.**

Três agentes relataram não vivenciar o trabalho em equipe no seu cotidiano, atribuindo tal fato à expressão coloquial que eles consideram como sendo o termo “equipe”, que, segundo os relatos, exprime o fato de o individualismo e a prática de atividades individuais serem dominantes em relação à tão “almejada” equipe: **Aqui o que acontece é “equipe”, todo mundo pensa em si mesmo** (E8).

Quando perguntados sobre os possíveis nós críticos para a efetiva implementação do trabalho em equipe na USF onde atuam, alguns apontaram: **Necessária a capacitação de recursos humanos** (E7); **Programar e organizar mais as coisas. Trabalhar com empenho e verdade** (E6).

Com relação ao relato de E7, Almeida e Mishima¹³ reforçam essa ideia com base na constatação de que, para a promoção do trabalho, na ótica da equipe, é preciso instituir uma política de educação permanente de todos os profissionais envolvidos, já que existe uma escassez de trabalhadores que possam responder ao desafio de estabelecer um plano de ação que seja pautado em uma prática cuidadora com base em uma atuação interdisciplinar.

Quando indagados acerca da categoria profissional que gera maiores atritos ou entraves à produção do trabalho em equipe, tivemos relatos referentes à convivência dos agentes como sendo conflituosa por numerosos motivos: **Difícil é o ACS, devido à prepotência e arrogância. Tem uns que nunca trabalharam, então não têm este perfil, não gostam de cumprir ordens e por isso gera conflito. Isto é reflexo do modo de contratação dos ACS** (E1).

Ressaltaram que havia necessidade de serem mais valorizados na execução das atividades diárias, principalmente por parte dos enfermeiros responsáveis pela supervisão do trabalho: **É difícil trabalhar com os enfermeiros. Não sabem tratar com cumplicidade, utilizar a palavra mágica “por favor, obrigada e que bom que você está aqui”. Só querem mandar e não reconhecem o trabalho do agente** (E3).

Nesse aspecto, é proposto o reconhecimento do trabalho realizado pelo outro e com o outro trabalhador, reconhecendo-o como parte constitutiva do trabalho coletivo em saúde. Na verdade, o que existe é uma desigual valorização social

dos diferentes trabalhos, que nos remete à desigualdade entre os trabalhos realizados que se traduzem em relações de poder e hierarquia entre os trabalhadores das diversas áreas de atuação. Essa hierarquia está vinculada à gestão, estrutura organizacional, áreas profissionais e diferentes trabalhos, o que é gerador de relações de mando e manutenção do *status quo*, reproduzindo a divisão técnico-social dos modos de produção.

Fundamentados na lógica da assistência à saúde como espaço para representação do poder médico, pela sua dificuldade em se envolver no trabalho em equipe, eles veem-se assim: **o agente faz muito pouco e o nosso trabalho depende muito da abertura do médico e do enfermeiro e aí o médico não tem tempo para conversar; decide tudo e nossa opinião não conta** (E2).

Lunardelo⁷, com o objetivo de conhecer a prática do ACS na ótica da dinâmica do trabalho, conclui que esse profissional, com sua prática e elo com a comunidade, fortalece o acolhimento e resgata a integralidade do cuidado, com destaque para o suporte social que muitas vezes oferece à população com seu perfil solidário e acolhedor.

A partir da compreensão do acolhimento como uma diretriz operacional que propõe inverter a lógica do funcionamento dos serviços de saúde, foi feito um questionamento referente à concepção dos agentes sobre a temática, com evidência de significações comuns: **Acolher as pessoas, identificar suas necessidades e demandas** (E10); **Acolher o outro em seus problemas, ajudar com amor. Temos que aprender a ouvir. Muitas vezes, eles só necessitam de atenção e carinho** (E13).

Mais da metade dos agentes afirmaram não haver acolhimento nas unidades de saúde onde atuam, apontando, como caminho para mudança dessa lógica, alguns aspectos: **A melhora passa pela mudança na capacitação dos profissionais da unidade** (E7).

Observamos um olhar limitado sobre o que seja acolhimento, uma vez que colocam o ato de acolher como função exclusiva dos profissionais que trabalham na recepção, entendendo os entraves como reflexo da não adequação do trabalho dos auxiliares de enfermagem e agentes com a lógica proposta pela temática do acolhimento.

A partir do entendimento de que o trabalho do ACS pode ter impacto no processo de gestão no contexto no qual se insere, é evidente que há necessidade de se visualizar a gestão do trabalho como uma das ferramentas estratégicas à tomada de decisão nas instituições, pela complexidade que ela traduz, uma vez que é atravessada por

diversos e diferentes interesses e necessidades que nem sempre são conciliáveis.

Nesse sentido, os agentes foram estimulados a se perceberem como gestores nos serviços em que atuam, a fim de identificar as situações-problema a serem transformadas e instituir mudanças, vendo-se no lugar do outro – o gestor.

Cerca de dez agentes reconheceram a necessidade de inverter a lógica do sistema rumo à implantação do acolhimento no cotidiano da USF: **Se eu fosse o gestor, eu mudaria a forma de acolhimento e atendimento à população** (E10).

Aliado ao acolhimento, relataram a importância de capacitar os funcionários e identificar aqueles que apresentam perfil social para atuarem na ESF: **Mudar os profissionais, fazer uma triagem, organizar e capacitar. Sentar e programar o trabalho em equipe para montar estratégias de acordo com a visão de cada profissional. Receber melhor a comunidade** (E5). Os agentes reconhecem o papel do gestor nos serviços, vinculando esse trabalho às dificuldades enfrentadas no cotidiano da ESF, e referem que a gestão cotidiana deve estar pautada no atendimento das necessidades de saúde da população, com o emprego de ferramentas que viabilizem o trabalho interdisciplinar com a conformação em equipes que participem da construção do planejamento das ações no âmbito da USF.

Nesse aspecto, Santos e Barros¹⁹, ao proporem um enfrentamento da lógica de funcionamento instituída, que se baseia na verticalização da gestão, apontam que é necessário construir espaços democráticos de compartilhamento de “saber-poder”, tornar inseparável a atividade da gestão e a prática e aumentar o grau de transversalidade nas redes de trocas afetivo-comunicacionais entre os atores, de modo a alterar a realidade vivenciada. Assim, a principal estratégia seria a de aumentar o poder do trabalhador sobre o processo de atuação: cogestão, gestão participativa e ampliação dos coeficientes de participação do trabalhador no cotidiano e sistemas produtivos.

Considerando o trabalho do ACS como gerador de satisfação, verificamos que esse trabalho oferece ao agente de saúde atributos pessoais que integram e propiciam o crescimento humano. Na verdade, o trabalho com as famílias nos espaços da comunidade é o que proporciona sentido e motivação para os agentes: **Conhecer as famílias e os problemas e ajudar** (E11); **Lidar com o povo e conversar; fazer amigos, conhecer novos**

indivíduos e promover o acesso à unidade básica de saúde (E7).

O resultado do trabalho também constitui motivo de satisfação para os agentes que referem transmitir o “que sabem” em troca de reconhecimento e melhoria das condições de vida de sua população-alvo: **Fico satisfeito em ajudar o outro e receber um sorriso de satisfação, agradecimento, reconhecimento e alcance de um ideal: promover saúde com dignidade através de informação e conhecimento** (E9).

Na análise dos maiores desafios na prática cotidiana do agente comunitário de saúde, compreendemos que o trabalho se torna gerador de sofrimento, quando consideramos a intensa cobrança que é transferida para esse profissional no dia a dia, sendo ela imposta pela própria unidade de saúde ou, mesmo, pela comunidade, que vê o agente como um elo entre ela e o serviço de saúde, sendo o “porta-voz” das demandas dessa comunidade: **Para mim, o maior desafio é a cobrança da comunidade** (E3). Tal fato gera, por si só, constantes enfrentamentos do agente com as limitações de seu campo de atuação, o que contribui para o sentimento de impotência e limite de atuação: **o mais difícil é conseguir ajudar as pessoas, já que a unidade de saúde me limita. Vejo o problema e não consigo resolver** (E6).

Sobre essa questão, Lunardelo⁷ diz que há um sofrimento nessa dualidade do trabalho do agente que traz consigo idealizações fundadas em uma expectativa muito elevada em relação à sua competência, desconsiderando, muitas vezes, as atribuições da equipe, dos demais indivíduos e das famílias, ficando incomodado com as limitações de seu trabalho.

Na verdade, o ACS, por ser parte integrante da comunidade onde reside e trabalha, sente-se corresponsável por todos os problemas afetos à saúde dessa população, buscando atender a todas as necessidades de saúde que emergem no contexto de cada família, utilizando um arsenal restrito de ferramentas que lhe é atribuído pela USF e pelos próprios profissionais da equipe, estando limitado quanto às possibilidades de atuação e resolutividade.

Além disso, a remuneração e o déficit de recursos materiais foram correlacionados a dificuldades no trabalho dos agentes: **Queria ganhar mais. Em vista do que faço, é pouco** (E7); **É difícil levar adiante este trabalho, devido às dificuldades do dia a dia, como falta de apoio, de funcionários, material e baixo salário** (E12).

Considerações finais

Tendo em vista os objetivos que nortearam este estudo, caracterizamos o agente comunitário de saúde que compõe as equipes básicas da ESF nas unidades de saúde estudadas, bem como analisamos as repercussões e pormenores de seu trabalho cotidiano da ESF, num dado lugar institucional “o território de Maruípe, Vitória, ES. Assim, pudemos apreender alguns aspectos relevantes de sua prática.

Na compreensão dos principais problemas das famílias atendidas, na solidariedade e no envolvimento com as interfaces de seu trabalho, os ACS, na ótica de Merhy⁴, utilizam com frequência e majoritariamente o campo das chamadas “tecnologias leves”, produtoras de espaços de intercessão e relações, por meio de ações pautadas na humanização, escuta solidária, acolhimento e mediação das demandas dos usuários para dentro dos serviços de saúde, assim como integração dos demais profissionais com a comunidade.

Detêm interpretações diversas sobre o processo de trabalho e avaliam o trabalho em equipe sob diferentes ângulos, considerando a importância desse tipo de organização no cotidiano da ESF e associando a equipe ao conceito de união e ajuda mútua. No entanto, verificamos uma idealização das competências referentes ao trabalho do ACS e o lugar que ocupa na equipe, o que gera um sentimento de impotência e limitação em face dos desafios impostos na abordagem às famílias, constituindo motivo de insatisfação no trabalho.

Na verdade, o caminho para a integração dos núcleos de saberes e competências passa, especialmente, pela necessidade de se instituir um projeto de educação permanente desses profissionais que os sensibilize quanto à importância da atuação, segundo a ótica do acolhimento, vínculo e responsabilização. É imprescindível que, em face do novo perfil de atuação para o agente comunitário de saúde, sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica programas de capacitação pautados em ações educativas críticas, capazes de se referenciar na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas com a saúde.

Em síntese, a prática desse profissional tem sido estudada por alguns autores com muita pertinência. Essa preocupação faz-se presente pela grande parcela de responsabilidades que tem esse profissional na organização da atenção primária e na mudança do modelo assistencial.

Atualmente, o ACS se posiciona em um espaço de indeterminações e incertezas no qual não há definição de competências, habilidades e saberes, estando esse trabalhador sempre na linha de frente do sistema sem, contudo, estar muitas vezes capacitado para atender as inúmeras demandas cotidianas, já que seu arsenal de ferramentas de trabalho é demasiadamente restrito e não condiz com o panorama amplo de representações e subjetividades apresentado no cotidiano de uma unidade de saúde da família.

Portanto, o ACS necessita, no cotidiano de trabalho, de ferramentas que superem apenas o conhecimento pautado no modelo biomédico vinculado à doença, ou seja, deve ser detentor de habilidades que lhe permitam atuar no âmbito social de cada família e no campo das necessidades de saúde de cada usuário, sendo protagonista que contribua, efetivamente, para a produção de um modelo de atenção que ressignifique o trabalho em equipe.

A produção de saberes e as práticas dos ACS devem propiciar infundáveis possibilidades da relação com o outro e consigo mesmo de forma a potencializar uma produção de saúde vinculada à cidadania, à autonomia dos sujeitos e coletividades nos modos como, no dia a dia, vão se construindo novas formas de viver e lidar com a vida, inclusive nos espaços institucionais em que se constroem as várias e diferenciadas modelagens do trabalho em saúde.

Colaboradores

HS Galavote participou da elaboração do tema, construção do quadro teórico, coleta dos dados, análise e delineamento final do estudo; TN Prado e ELN Maciel participaram da coleta dos dados e da revisão final; RCD Lima participou da elaboração do tema, construção do quadro teórico, análise e revisão final.

Referências

1. Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
2. Crevelim MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):323-331.
3. Lima RCD. *Enfermeira: uma protagonista que produz cuidado no cotidiano do trabalho em Saúde*. Vitória: Edufes; 2001.
4. Merhy EE. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003.
5. Silva MJ, Rodrigues RM. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [periódico na Internet]. 2000 jan-jun [acessado 2005 julho 10]; 2(1): [cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/>
6. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):705-711 [periódico na Internet]. 2006 [acessado 2007 maio 10]; [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n3/30984.pdf>
7. Lunardelo SR. *O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto* [tese]. São Paulo: Ribeirão Preto; 2004. [acessado 2006 jul 1º]. Disponível em: <http://www.teses.enp.br/>
8. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 19ª ed. São Paulo: Vozes; 2001.
9. Silva MJ, Rodrigues RM. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [periódico na Internet]. 2000 jan-jun [acessado 2005 julho 10]; 2(1): [cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/>
10. Ferraz L, Aerts DR. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):347-355 [periódico na Internet]. 2005 [acessado 2006 junho 10]; [cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n2/a12v10n2.pdf>
11. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não pode ser um "super-herói". *Interface - Comunic, Saúde, Educ* [periódico na Internet]. 2002 [acessado 2006 junho 21]; 10(6): [cerca de 19 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/08.pdf>
12. Schimith MD, Lima MA. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica* 2004; 20(6):1487-1494.
13. Almeida MC, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* [periódico na Internet]. 2001 agosto [acessado 2006 junho 20]; [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/>
14. Casate JC, Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(1):105-111.
15. Nogueira R, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*: agente comunitário de saúde [periódico na Internet]. 2000 [acessado 2007 agosto 13]; [cerca de 33 p.]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>
16. Oliveira RG, Nachif MCA, Matheus ML. O trabalho do agente de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, estado do Mato Grosso do Sul. *Acta Sci, Health Sci* [periódico na Internet]. 2003 [acessado 2006 junho 20]; 25(1): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.ppg.uem.br/>
17. Silva JA, Dalmaso AS. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* [periódico na Internet]. 2002 [acessado 2006 junho 10]; 10(6): [cerca de 21 p.]. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista10/debates1.pdf>
18. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007. p. 161-177.
19. Santos SB, Barros EB. *Trabalhador da saúde: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí; 2007.

Artigo apresentado em 08/05/2007

Aprovado em 31/07/2007

Versão final apresentada em 20/09/2007