

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA VISÃO DA EQUIPE MÍNIMA DE SAÚDE

The community health agent from the perspective of the basic health team

Daniela Cristina Seabra¹; Antonio Carlos Duarte de Carvalho²; Aldáisa Cassanho Forster³

RESUMO

Neste estudo, buscou-se compreender como os profissionais integrantes da equipe mínima de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) enxergam o papel do agente comunitário de saúde (ACS), nos núcleos de saúde da família, no município de Ribeirão Preto-SP. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com a aplicação de entrevistas semi-estruturadas, analisadas segundo a modalidade temática de análise de conteúdo. Constatou-se que alguns dos profissionais vêem o ACS como um facilitador das relações entre a equipe de saúde e a comunidade, servindo de elo entre esses dois universos; outros, porém, divergem, pois vêem o fato de ele atuar na mesma comunidade em que mora como possível motivo de atrito entre o agente e a equipe. Verificou-se também que alguns profissionais não consideram o ACS como integrante da equipe. Ficou claro que os integrantes da equipe mínima de saúde consideram o ACS importante dentro da equipe de saúde da família, mas que, sozinho, não faz mudanças, sendo fundamental o comprometimento de todos os profissionais envolvidos que as ações de assistência à saúde sejam desenvolvidas, o que requer mudança de comportamentos, um desafio a se superar.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família. Recursos Humanos em Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

In this study we tried to understand how members of the basic health team (doctors, nurses and nursing assistants) perceive the role of the community health agent within the family health units in the city of Ribeirão Preto, State of São Paulo. Through qualitative research, semi structured interviews were conducted and analyzed according to the thematic modality of content analysis. It was shown that some of the professionals see the community health agent as that one who facilitates the relationships between the health team and the community, thus serving as a link between these two universes; others have other views, noting the fact that the agents work in the same community where they live and can be a motive for abrasive interaction between the agent and the team. Others professionals don't consider the community health agent to be a member of the team. It was clear that the members of the basic health team consider the community health agent important inside the family health team, but that alone doesn't create change since the commitment of all the professionals is fundamental for the activities of assistance in health to be developed, and that requires changes in behavioral, a challenge to surmount.

KEY WORDS: Family Health. Health Manpower. Patient Care Team.

¹ Mestre em Saúde da Comunidade, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) Endereço: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, Departamento de Medicina Social. Avenida Bandeirantes n 3900, CEP: 14.049-900, Ribeirão Preto-SP. Fone.: 16-3602-3070 e fax 16-3633-1386. E-mail: danicriseabra@hotmail.com

² Docente, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) <accarval@fmrp.usp.br>.

³ Docente, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) <acforste@fmrp.usp.br>.

INTRODUÇÃO

A Conferência de Alma Ata, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1978, propôs um novo modelo assistencial de saúde, que preconizava “Saúde para todos no ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS compõe-se de algumas ações básicas de saúde como: distribuição de alimentos e nutrição adequada; saneamento ambiental; programas de saúde materno-infantil; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e de agravos comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; relação entre os setores, equidade e participação individual e comunitária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1979).

No Brasil, muito se fez para seguir a meta preconizada pela OMS. Em 1988, através do texto constitucional, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que se traduz em um conjunto de ações e serviços de saúde desenvolvidos pelos três níveis de governo, de forma que se garanta a universalidade de acesso ao sistema, a equidade no atendimento, a reorganização e a hierarquização dos serviços. Apesar de o SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, sua regulamentação só foi possível através das Leis Orgânicas 8.080 e 8.142, aprovadas pelo Congresso Nacional em 1990. O SUS segue uma concepção de saúde em que esta aparece como direito do cidadão e como resultado de políticas públicas de governo (BRASIL, 1997).

Em 1993 surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF) como a principal estratégia de mudança de paradigma para o modelo assistencial, considerando os pressupostos da APS, preconizados pela Conferência de Alma Ata.

O objetivo da Estratégia Saúde da Família é o de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, transformando o modelo tradicional, provendo a saúde próximo da família e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Para tanto, o PSF atua com base na organização das Equipes de Saúde da Família (ESFs), integradas idealmente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, além do dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário, inclusos na equipe a partir de 2001, embora se pressuponha que outros profissionais possam ser incorporados, de acordo com a demanda do serviço (BRASIL, 2000).

Cada equipe se responsabiliza pela atenção a grupos de 600 a 1.000 famílias, com o máximo de 4.000 habitantes, com base em levantamento domiciliar. Cabe às equipes compreender melhor o processo saúde-doença na popu-

lação de sua área de atuação e ir além da prática curativa tradicional (BRASIL, 2006).

A reorientação do modelo assistencial, curativo, centrado em hospitais para um modelo focado na integração das ações e dos serviços de saúde, com início da atenção básica, não é tarefa fácil, já que exige uma mudança cultural dos profissionais de saúde e da população.

Nesse cenário de mudanças surge um novo “ator social”, o agente comunitário de saúde (ACS). Por “ator social” entendemos “uma personalidade, uma organização, ou um agrupamento humano, que, de certa forma, estável ou transitória, tem capacidade de acumular forças e desenvolver interesse, produzindo fatos na situação” (MATUS, 1993). Neste sentido, o ACS apresenta-se como ator social, pois está inserido em uma realidade, em interação com os outros, o que lhe possibilita ser estratégico na construção de projetos e na intervenção.

Instituído através da lei nº. 10.507, de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002), o ACS tem, entre as suas funções, a de estreitar o elo entre a equipe de saúde em que trabalha e a comunidade onde vive. Contudo, a exigência de que esse trabalhador pertença à comunidade coberta pelo serviço em que irá trabalhar é nova e tem suscitado indagações e estudos, que buscam compreender o trabalho dos agentes comunitários sob diversos enfoques.

Bornstein e Stotz (2008), por exemplo, em estudo sobre as concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), concluem que o papel do agente comunitário como mediador entre a comunidade e os serviços ou entre os diferentes saberes é um consenso na literatura que estuda o tema.

Em outro estudo, Silva e Dalmaso (2002) identificam que o ACS tem uma identidade comunitária e realiza tarefas não apenas do campo da saúde. Assim, a convivência do ACS com a realidade e com as práticas de saúde do bairro em que mora e trabalha faz com que ora seja visto como membro da equipe de saúde, ora como membro da comunidade assistida.

Neste mesmo sentido, Carvalho (2002), que discute as práticas do ACS no município de Itapeverica da Serra (SP), observa que esse profissional preenche um vazio nas práticas de saúde, configurando-se em um elo vivo entre a equipe de saúde e a comunidade.

Já para Nunes *et al.* (2002, p.2) o ACS, “numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal da saúde, pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação”.

Concordamos com esses autores e acrescentaríamos o fato do ACS apresentar características diferenciadas dos demais componentes da equipe mínima proposta pelo MS, uma vez que trabalha na mesma comunidade em que vive, o que normalmente não ocorre com os outros membros da equipe. Essa condição diferenciada, somada ao fato de, na maioria das vezes, não ter uma formação técnica, nos fez questionar o papel desempenhado pelo ACS e sua aceitação pelos outros membros da equipe mínima.

O objetivo desse trabalho foi, portanto, compreender como os membros da equipe mínima - médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem - vêem o papel do agente comunitário de saúde na equipe do PSF.

METODOLOGIA

O referencial metodológico adotado neste estudo se insere na perspectiva da metodologia qualitativa de investigação que, segundo Martins e Bicudo (1989), procura introduzir rigor aos fatos que não podem ser quantificados.

Para Goldenberg (1999), a pesquisa qualitativa não se preocupa com a representatividade numérica, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social. Os pesquisadores que seguem essa abordagem se opõem ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, uma vez que as ciências sociais têm sua especificidade, o que implica metodologia própria.

Portanto, não tivemos a pretensão de atingir uma objetividade através da qual se apreenda uma realidade em si, ordenada, no sentido da replicabilidade dos resultados, mas promover uma maior aproximação com a situação investigada e o processo social ocorrido na pesquisa, além de contribuir com estudos posteriores na vertente da reflexão e construção de novas perspectivas de conhecimentos.

Este estudo foi realizado nos Cinco Núcleos de Saúde da Família (NSFs), do Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), da Universidade de São Paulo (USP), que foram as primeiras unidades com equipes de saúde da família implantadas no município de Ribeirão Preto no modelo preconizado pelo Ministério da Saúde.

Ribeirão Preto situa-se no nordeste do estado de São Paulo, a 313 quilômetros da capital São Paulo. Caracteriza-se como centro científico, tecnológico e formador de recursos humanos em diversas áreas do conhecimento, especialmente na área da saúde, sendo considerado um centro de saúde de referência para toda a região e, em alguns casos, até para outros estados do país (MISHIMA, 2003).

O início da Estratégia Saúde da Família no município deveu-se à iniciativa da FMRP-USP atenta a importância

da formação de recursos humanos baseada na reorientação do modelo assistencial. Para tanto, era necessário oferecer o treinamento fora do espaço físico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP-FMRP-USP), centro de referência de nível terciário, que presta serviços médico-hospitalares, de urgência e tratamentos específicos de alta complexidade, e do CSE-FMRP-USP, com sua trajetória voltada para a atenção especializada (CACCIA BAVA, 2004).

Em 2000, o município foi qualificado para o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família e, em 2001, mediante convênio firmado entre a USP, o governo do Estado e a Secretaria Municipal de Saúde, foram implantados oficialmente cinco NSFs, nos moldes preconizados pelo MS.

Cada NSF é composto por uma equipe mínima formada por 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Essas unidades também contam com o apoio de cirurgiões dentistas, que não trabalham em período integral. Incorporaram-se também a essas equipes docentes vinculados as Faculdades de Medicina e de Enfermagem da USP.

Os NSFs participam com ações em nível primário, constituindo a porta de entrada do paciente para o sistema de saúde vigente, articulado com os outros níveis de atenção.

Para o desenvolvimento deste estudo, foram selecionados médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem com atuação a mais de dois anos nos NSFs. Este critério de inclusão foi estabelecido para evitar que profissionais recém contratados (a rotatividade de profissionais no setor público de saúde é considerável) e com pouca familiaridade com o trabalho das ESFs, fizessem parte dos sujeitos investigados.

O contato com os profissionais, foi precedido pela análise da bibliografia existente, além da elaboração de um roteiro de entrevista semi-estruturada, com questões orientadoras em que os entrevistados pudessem discorrer livremente, mas sem deixar de pronunciar-se sobre as questões relevantes do tema em estudo.

Respeitando os aspectos éticos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CSE da FMRP - USP.

A coleta de dados contou com entrevistas de 4 médicos, 5 enfermeiras e 9 auxiliares de enfermagem, totalizando 18 profissionais, de ambos os gêneros, com idades variadas e que já trabalhavam nos NSFs por mais de dois anos.

As entrevistas foram agendadas com antecedência, e os profissionais assinaram um Termo de Consentimento

Informado. As entrevistas foram gravadas e fielmente transcritas preservando-se o anonimato dos participantes e, após, foram submetidas à análise temática de conteúdo proposta por Minayo (1994), que compreende as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Inicialmente, os relatos foram agrupados de acordo com a semelhança, a partir de recortes e extração das idéias relevantes. Foi efetuado o agrupamento das falas conforme a familiaridade, surgindo, então, os sub-temas, considerados, neste estudo, como eixos temáticos. Na redação final, a análise foi realizada com a divisão dos relatos em três sub-temas ou eixos temáticos, sendo eles: o trabalho nos NSF's; o ACS na visão da equipe mínima; a capacitação do ACS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o ACS é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora, sendo sua principal atribuição, estabelecer o elo entre esses dois universos.

Vários autores, entre eles Nogueira *et al.* (2000), Silva e Dalmaso (2002), Carvalho (2002), Nunes *et al.* (2002) e Bornstein e Stotz (2008), buscaram compreender o papel desse novo ator social.

De acordo com Silva e Dalmaso (2002), o ACS transita entre dois pólos de tensão: o pólo institucional (equipe) e o pólo comunitário (comunidade). Portanto, em determinadas situações, ele se aproxima mais da instituição, ao passo que em outras se dirige mais para o pólo comunitário. Essa constatação das autoras, sobre a identidade ambivalente do ACS, explica algumas percepções dos profissionais que entrevistamos, conforme se nota pelas seguintes falas:

[...] Acho que o seu papel é, às vezes, até meio dúbio, né? Será que ele é um membro da equipe ou um membro da comunidade? (Médico).

[...] Quando se é agente você tem dupla personalidade, né [...] Aquela pessoa da unidade que visita, o lado visitador, e aquela pessoa que mora no bairro, o lado morador. É um pouco difícil pra eles (Auxiliar de Enfermagem).

Autores como Nogueira *et al.* (2000) e Carvalho (2002) consideram o ACS como o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, confirmando o discurso preconizado pelo MS. Ressaltam também que a importância da atuação do ACS está em seu papel social de ser o mediador entre esses dois universos, interferindo de uma forma positiva no trabalho da equipe de saúde.

O papel mediador do ACS também é apontado por Bornstein (2007, p.205), para quem: *“a função mediadora exercida pelo ACS pode ser de grande importância na mudança do modelo assistencial”*.

No mesmo sentido, Jorge *et al.* (2007, p.12) afirmam que o ACS *“vem exercendo o papel de porta voz da comunidade, ajudando a dar respostas às necessidades da população, desenvolvendo ações que visam à melhoria da vida das famílias sob sua responsabilidade”*.

A maioria dos profissionais que entrevistamos, mesmo que, aparentemente, desconhecendo as considerações teóricas dos autores acima apontados, e sem se referir aos documentos do MS sobre o papel dos ACS, também concorda com esta visão:

O agente comunitário é fundamental pra equipe. Além de ele ser a pessoa que faz essa ponte maior entre a equipe e a comunidade, né? Porque ele tá no dia-a-dia dessa comunidade, é o que vai estar presente por morar na comunidade, por conhecer melhor a área e também porque ele faz essas visitas mensais (Médico).

[...] O agente, ele [...] é realmente a ligação entre o funcionamento da unidade e os anseios da comunidade, né? [...] é aquela pessoa que recebe a autorização da família para tá entrando na casa, pra tá conhecendo a dinâmica da família (Enfermeira).

[...] O agente comunitário traz informações para a equipe conhecer as famílias [...]. Ele é a ponte mesmo da equipe, tudo ele traz, tudo ele leva, tudo que você pergunta, ele está por dentro [...]. Ele ajuda muito mesmo (Auxiliar de Enfermagem).

Nunes *et al.* (2002) se referem ao ACS como sendo o “ator mais intrigante” da equipe do PSF, afirmando que o papel desse profissional é mais difícil por ser de mediação: por um lado, os ACS informam à população o saber médico oficial e, por outro, traduzem para a equipe de saúde a dinâmica da comunidade para a compreensão dos problemas de saúde das famílias. Alguns de nossos entrevistados também acreditam que o fato desse profissional transitar pelos espaços da unidade em que trabalha e da comunidade onde mora faz com que o trabalho da equipe seja complementado com um “outro olhar”, ou seja, o “saber do senso comum”, o qual os profissionais que atuam preferencialmente dentro da equipe desconheceriam. É o que revela as falas abaixo:

O agente comunitário de saúde tem o olhar da comunidade e, muitas vezes, durante as discussões, ele puxa para determinados detalhes ou para determinados sentidos daquela família, que eu não vejo, entendem? (Médico).

Ele traz aquele perfil da comunidade aqui pra dentro, e ele leva mesmo o que é tratado aqui para fora, leva de um jeito simples, com humildade, talvez com um exemplo, eu acho que não tem como... eu não vejo mais uma unidade de saúde sem o agente comunitário, ele faz a diferença, ele muda a cara do trabalho (Enfermeira).

Outra questão que aparece nas falas de nossos entrevistados é a do distanciamento da Medicina e das outras profissões da área da saúde em relação às práticas e as concepções populares. Esse fenômeno discutido por Foucault (1987) para quem, com a descoberta da anatomia patológica, o interesse médico foi se voltando cada vez mais para as estruturas internas do organismo, em busca de lesões que explicassem as doenças e, por conseqüência, a importância do sujeito foi se tornando cada vez menor. Outros autores, como Almeida (1988), defendem a idéia de que o próprio processo de diagnóstico representaria o enquadramento da subjetividade do doente na ordem médica e, por conseguinte, reforçaria o distanciamento entre médico e paciente.

Já Boltansky (1989), que ensinou reflexão sobre as relações entre o médico e o paciente numa sociedade de classes, afirma que geralmente os médicos são percebidos pelos membros das classes populares como sendo “os outros” possuidores de um saber misterioso, que lhes confere um papel legitimador, podendo assumir um caráter hostil e manipulador. Portanto, os médicos, possuidores desse saber, seriam vistos como seres intocáveis e temidos pelas classes populares, o que acabaria reforçando o seu poder. Tal fato levaria o paciente a aceitar o diagnóstico de sua doença sem questionar a forma de atendimento e, na maioria dos casos, sem entender realmente o que tem.

Nesse sentido, as falas de nossos entrevistados que colocam o ACS como “elo”, “tradutor”, “mediador”, complementando o conhecimento da equipe dos Núcleos sobre os aspectos não biológicos da saúde, parece confirmar a existência de um hiato social entre os profissionais de saúde e os usuários. Este hiato faria surgir a necessidade da existência de uma “ponte”, ou um intermediário para o funcionamento do Programa, facilitando o diálogo e a troca de saberes entre esses dois segmentos, como revelou a seguinte fala:

A gente acaba, de certa forma, conhecendo um pouco mais do paciente e das famílias pelo que os agentes comunitários trazem, a visão deles, por não ser uma visão técnica, né? [...] porque a gente já olha para uma pessoa como ela sendo uma pessoa doente, e o agente comunitário vai ver ali uma pessoa saudável. Ele consegue enxergar de um outro jeito, ele traz uma outra impressão, e uma impressão que é leiga, vamos dizer assim, mas que contribui para entendermos outros aspectos. Então a gente só tem a ganhar com esse profissional (Enfermeira).

Além disso, a atribuição, ao ACS, da responsabilidade por ser o elemento facilitador do fortalecimento do elo entre a equipe de saúde e a comunidade local pode significar uma crítica velada à atuação dos profissionais da equipe, principalmente aos integrantes da classe médica. É o que ilustra a seguinte fala:

Eles fizeram um vínculo, né? Então, as pessoas falam as coisas pra eles com mais facilidade do que falam pra gente. Então, o agente comunitário chega aqui e fala: olha, fulano de tal, né não saiu daqui satisfeito com a consulta. Tava com dor na perna, e o médico ficou insistindo em ajeitar o remédio da pressão e não resolveu a sua dor. Disse que, se fosse assim, não ia voltar mais. Então, isso serve pra gente se atentar, né? (Enfermeira).

Percebemos também pelo relato, que o ACS funciona como um “termômetro” na equipe de saúde, pois ele pode trazer o *feedback* (retorno) do papel que ela representa lá fora, e isso serve para a equipe avaliar a sua atuação e rever algumas condutas.

Constatamos que o ACS tenta estabelecer o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, mas nem sempre isto acontece de forma satisfatória. Na visão de alguns entrevistados, os profissionais da equipe devem ter “jogo de cintura” para lidar com esse profissional e apontam algumas situações relacionadas ao ACS que podem desencadear conflitos de ordem pessoal que interfeririam na parte técnica do trabalho da equipe.

A primeira situação diz respeito à supervisão do trabalho do ACS, pois estes teriam dificuldades de aceitar e se adequar às orientações dos outros profissionais de nível universitário. Essa situação foi mencionada principalmente pelos profissionais de enfermagem, que são os responsáveis pela supervisão direta desses agentes. Para ilustrar o exposto apresentamos alguns relatos:

O desenho do PSF coloca o enfermeiro como um supervisor, um orientador, e eu sinto uma resistência dos agentes (Enfermeira).

Existem metas para ser cumpridas, e, às vezes, é necessário eu dar um “puxão de orelha” em relação ao serviço [...] quem recebeu o puxão de orelha acaba virando a cara com você, no outro dia nem te cumprimenta, fica um clima chato na equipe, mas não dá para agradar todo mundo (Enfermeira).

Existia trauminhas no sentido de eu estar muito próxima do trabalho delas e eu fazia essa supervisão três vezes por semana e tinha sempre uma agente que resistia, batia de frente comigo, isso para mim é um conflito, né? (Enfermeira).

Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito aos ACS como usuários do sistema de saúde, pois em algumas falas, eles são descritos como tendo, supostamente, uma expectativa de atendimento diferenciado em relação à população do bairro. Essa informação apareceu principalmente nas falas dos médicos, que se manifestaram incomodados e pressionados por esta situação, como revelam as falas abaixo:

Particularmente, assim no meu caso, como eu também tenho uma função administrativa dentro do núcleo, eu acho isso um pouco chato, porque as coisas ficam assim muito misturadas, eu atendo, mas eu não gosto (Médico).

Eu prefiro que um outro médico veja, para não causar um viés, entendeu? (Médico).

Por fim, aspectos relacionados às questões éticas, principalmente decorrentes de reuniões da equipe, onde se discutem os casos de pessoas que possuem um vínculo com o ACS, que na ótica de alguns profissionais entrevistados acabaria se identificando apenas como membro da comunidade, não conseguindo manter o devido distanciamento profissional, como revelam as seguintes falas:

O ACS e a família são usuários. Você presta assistência [...] A gente tem que se redobrar para a questão ética [...] Eu vivo chamando a atenção, quando eu vejo um comentário do atendimento na copa, eu falo: vai tem que se tratar com o mesmo respeito de um paciente. (Enfermeira).

Nós já enfrentamos muitos problemas [...] então firmamos um acordo interno de que a família do colega que é seguida aqui, não vai para a discussão de caso [...] mas mesmo assim esse acordo não é fácil de ser cumprido [...] (Enfermeira).

Na visão de alguns membros da equipe, essas situações aconteceriam porque o ACS, supostamente, não teria um

adequado distanciamento profissional o que o que contribuiria para misturar o lado profissional com o lado pessoal. Isso, segundo os relatos colhidos, poderia desencadear conflitos que afetariam de forma negativa o trabalho de todos, como ilustram as seguintes falas:

Os agentes comunitários acabam tendo um relacionamento aqui dentro muito mais de casa, muito mais familiar do que de trabalho, como “colegas de trabalho”, uma coisa meio informal (Médico).

Existem situações que faz com que se crie uma informalidade por parte dos agentes, e se a gente não atende às expectativas deles na hora [...], eles não gostam, viram a cara com a gente [...] (Enfermeira).

Se a equipe toma uma conduta diferente do que o agente estava esperando, o agente vai chegar amanhã, por exemplo, e não vai falar nem bom dia. Fica um clima pesado (Auxiliar de Enfermagem).

Identificamos, também, que alguns profissionais ouvidos fazem uma diferenciação entre “a gente da equipe” e o “agente”. Isso apareceu de forma implícita nos depoimentos o que denota que, na sua concepção o ACS não é considerado efetivamente um integrante da equipe de saúde, como se deduz pelas seguintes falas:

Os agentes sentem que tem diferença entre eles e os profissionais da equipe. Então, é isso que eles costumam falar: “Aqui, nós somos as agentes mesmo, mais nada” (Auxiliar de Enfermagem).

O agente é bom, porque ele olha com a visão dele, uma visão leiga, e ele passa para nós, que é a equipe, o que eles estão sentindo de diferente naquela família e que a gente não consegue perceber (Enfermeira).

Nesse sentido retomamos a discussão apresentada por Tomaz (2002) para quem o ACS não deve ser encarado como um “super-herói”, e sim como um profissional, como parte de uma equipe de saúde. Para o autor, seu papel deve ser menos romantizado, isto é menos idealizado, mais claro e específico.

A fala apresentada a seguir confirma a visão desse autor quanto ao envolvimento de vários atores no PSF, apontando que o trabalho do ACS será importante para o funcionamento do programa, se for articulado ao trabalho da equipe de saúde:

Olha, o agente tem que entender que ele é um elo importante, mas ele sozinho não faz as mudanças acontecerem, e ele precisa também da ajuda dos outros membros da equipe, né? (Médico).

Com base nos dados obtidos é possível apontar a existência de uma dificuldade da equipe de saúde em lidar com esse profissional. Talvez isto ocorra pelo fato de seu perfil destoar dos demais membros da equipe, sendo um profissional que trabalha na mesma comunidade em que mora e que não possuía até o momento em que foi feita a pesquisa, uma formação técnica. É o que apontam as seguintes falas:

Olha, tem um elemento novo, tá sendo agregado na equipe, onde a identidade dele vai ser construída no processo de trabalho [...] começamos a ver experiências, participar de trocas de experiências, mas não é fácil para a equipe que começa a receber qualquer que seja o profissional novo, né? (Enfermeira).

Que identidade tem esse profissional? O que ele vai fazer dentro da equipe, quais são seus limites? Essas coisas não são fáceis, elas não acontecem de uma forma fácil. (Enfermeira).

A formação do ACS é outra questão polêmica que aparece nas falas dos sujeitos entrevistados. Até 2002 era exigido para a contratação do ACS, apenas saber ler e escrever. Com a aprovação da lei 10.507, que regulamentou a situação dessa categoria de trabalhadores no âmbito do SUS, houve a exigência do ensino fundamental. A partir de 2004, no referencial curricular para o curso técnico de ACS, consta a exigência de ensino médio e está previsto o ensino de todo um conteúdo técnico voltado para qualificá-lo melhor para atuar na área da saúde.

Ao contrário do que poderíamos imaginar e, de certa forma, indo na contramão das mudanças acima mencionadas, a maioria dos profissionais entrevistados posiciona-se contra a formação técnica do ACS, por considerar que seu papel possa ser “desconfigurado”, passando a atuar como um outro técnico da saúde e se tornando um profissional “exclusivo” da equipe, como revelam as falas a seguir:

Eu acho que vai se perder muito da essência (Médico).

Eu acho muito complicado e fico pensando: a partir do momento que o agente comunitário de saúde tiver um curso técnico, ele vai se transformar em outro técnico da saúde, vai se tornar um profissional exclusivamente da equipe (Enfermeira).

Eu discordo dessa formação que eles querem dar, porque fazendo isso a gente vai ensinar o ACS a ter essa formação bióloga, vão tirar a pureza deles, que faz a diferença (Enfermeira).

[...] a equipe vê nele como é um pouco aquela comunidade, e isso é bom, porque se fizerem um curso eles vão ficar igual a gente, né? (Auxiliar de Enfermagem).

Ainda sobre esse aspecto, Bornstein (2007), que investigou a percepção do próprio ACS sobre a formação necessária para o cumprimento de suas atribuições dentro da equipe de saúde, constatou que, para o agente comunitário, o ensino fundamental seria suficiente, e que o bom desempenho profissional não estaria relacionado ao seu nível de formação, mas ao aprendizado adquirido no dia-a-dia de trabalho.

Outro aspecto evidenciado pela análise dos dados coletados foi que a formação dos componentes da equipe tem sido predominantemente embasada no modelo biomédico, centrado na doença e no atendimento clínico, o que faz com que esses profissionais, quando inseridos no PSF, percebam-se diante de uma realidade para a qual não foram instrumentalizados, como ilustram as seguintes falas:

A gente tem uma formação mais rígida, uma formação mais dura [...] Então, o trabalho em equipe é uma coisa extremamente difícil de conseguir, cada um teve a sua formação, não fomos preparados para esse novo modelo (Enfermeira).

Atualmente eu tenho tido dúvidas, em relação ao que a gente tem feito, se isso faz alguma diferença, se faz tanta diferença do que um serviço tradicional possa fazer [...] A gente prioriza atendimento. Tudo passa pelo médico, pela questão curativa (Médico).

A este respeito, Franco e Merhy (2000) defendem que o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar com “tecnologias leves dependentes”, o que pressupõe a superação das estruturas rígidas do conhecimento técnico estruturado, abrindo possibilidades para a produção de cuidados com maior interação e criatividade.

Para Bornstein (2007), a educação permanente é fundamental para todos os integrantes da equipe. Infelizmente, como apontam Escorel *et al.* (2002), a capacitação dos profissionais é um dos entraves do PSF, pois os pólos de capacitação permanente dos profissionais, em diversos centros urbanos, nem sempre conseguem cumprir sua atribuição básica, que seria a de oferecer os treinamentos introdutórios.

Finalizando, identificamos que o ACS é de fato uma peça importante para a Estratégia Saúde da Família, mas que o seu trabalho não está devidamente conectado com o trabalho dos demais profissionais envolvidos no PSF, o que seria fundamental para que as atividades do programa fossem desenvolvidas a contento. Esta condição requer uma mudança de comportamentos de todos os profissionais envolvidos no programa, um desafio a ser superado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou compreender a visão dos profissionais da equipe mínima de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem), de cinco núcleos de saúde da família, sobre o papel do ACS na equipe.

O reconhecimento sobre a importância da mediação entre a comunidade e a equipe de saúde, realizada pelo ACS, está presente no discurso de vários entrevistados, que acreditam que o fato de esse profissional transitar pelos espaços da unidade de saúde em que trabalha e da comunidade em que mora faz com que o trabalho da equipe seja complementado com “outro olhar”, isto é, o “saber do senso comum”, desconhecido pelos profissionais que atuam nos NSFs.

Por outro lado, alguns profissionais vêem o trabalho do ACS de forma ambígua dentro da equipe, cuja atuação pode facilitar ou prejudicar o andamento do serviço de saúde. Esses profissionais mencionam três situações em que a equipe de saúde deve ter “jogo de cintura” para lidar com o ACS: a supervisão do trabalho; o ACS na condição de usuário do sistema e aspectos relacionados a questões éticas.

Constatou-se também certa dificuldade por parte de alguns profissionais em enxergar o ACS como um integrante da equipe de saúde.

As narrativas demonstraram que a maioria dos profissionais de saúde entrevistados tem dificuldades na compreensão dos princípios do PSF e, portanto, na aplicação dos mesmos na sua prática.

Percebemos que o ACS é visto como uma peça importante do sistema de saúde, mas que o fato de ser considerado como, talvez, o único elo entre a comunidade e a equipe de saúde denota uma dificuldade dos profissionais da equipe em lidar de forma autêntica com os usuários, necessitando de um intermediário, que nem sempre pode ou consegue desenvolver o seu papel de forma adequada.

Identificamos diversos olhares, muitas vezes contraditórios, sobre o agente comunitário de saúde e percebemos que existe uma dificuldade dos profissionais em incorporarem esse novo ator social dentro da equipe.

Entendemos que podem ser adotadas estratégias paliativas para amenizar essa situação, tais como a supervisão externa e talvez o suporte psicológico para os membros da equipe.

O cerne da questão, no entanto, parece-nos que está na formação dos profissionais que compõem a equipe mínima, que atualmente não se sentem e, efetivamente, não parecem estar adequadamente preparados para lidar com essa nova forma de pensar e agir em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. L. V. **Medicina hospitalar - medicina extra-hospitalar: duas medicinas?** 1988. 233 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.
- BOLTANSKY, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989. 191 p.
- BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência, Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, jan./fev. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p. (Cadernos de Atenção Básica).
- BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 1997. p. 104-105.
- BRASIL. Lei n. 8080 de 19 Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **LEX**, São Paulo, v. 54, p. 1060-1073, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8149 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as trans-

ferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Lei Orgânica da Saúde**. 2. ed. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991. 36 p.

BRASIL. **Lei nº. 10.507 de 10 de Julho de 2002**: dispõe sobre a criação da profissão de agentes comunitários de saúde. Brasília, 10 de Julho de 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudedafamilia/portarias>>. Acesso em: 07 ago.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proposta de regulação da formação do agente comunitário de saúde**: subsídios para discussão. Brasília, 07 de julho 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

CACCIA BAVA, M. C. G. **Relatório do convênio núcleos de saúde da família - CSE e da FMRP-USP**. Ribeirão Preto, SP: FMRP-USP, 2004. Mimeografado.

CARVALHO, V. L. M. **A prática do agente comunitário de Saúde**: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeirica da Serra. 2002. 150 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 2002.

ESCOREL, S. **Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 228 p.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987. 241 p.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF**: contradições e novos desafios. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 29 set. 1999.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1999.

JORGE, M. S. B. *et al.* Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre sua prática no programa de saúde da família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p.1-19, jul./dez. 2007.

MARTINS, J.; BICUDO, M. **A pesquisa qualitativa em Psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes/EDUC, 1989.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília: IPEA; 1993.

MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde**: o caso do programa de saúde da família. 2003. 153 f. Tese (Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública) - EERP, USP, Ribeirão Preto, 2003.

NOGUEIRA, R. P. *et al.* **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis**: o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. 33 p. (Texto para Discussão, n. 735)

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. 8, n. 6, p.1639-1646, nov./dez. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Alma Ata 1978 : Cuidados Primários de Saúde. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, set. 1978, Alma-Ata, URSS . **Relatório da ...** Brasília: OMS; UNICEF, 1979. 64 p.

SILVA, J.; DALMASO, A. **Agente comunitário de saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 217 p.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um super herói. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.6, n.10, p. 84-87, fev. 2002.

Submissão: janeiro de 2008

Aprovado: abril de 2008
