

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Carla Kowalski Marzari

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERFIL E PROFISSIONALIZAÇÃO

São Leopoldo, RS
2007

Carla Kowalski Marzari

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERFIL E PROFISSIONALIZAÇÃO.

Dissertação apresentada à
Universidade do Vale do Rio dos Sinos
como requisito parcial para obtenção
do título de **Mestre em Saúde
Coletiva.**

Orientadora: Professora Dr^a. Lucilda Selli

São Leopoldo,RS

2007

Ficha Catalográfica

M393a Marzari, Carla Kowalski
Agente comunitário de saúde: perfil e profissionalização.
/ por Carla Kowalski Marzari – 2007.
113 f. : il. ; 30cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio
dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
São Leopoldo, RS, 2007.

“Orientação: Prof^a. Dr^a. Lucilda Selli , Ciências da
Saúde”.

1. Agente comunitário. 2. Agente comunitário –
Assistência – Saúde . 3. Agente comunitário –
Profissionalização. 4. Agente comunitário – Perfil.. I. Título.

CDU 346.6

Catálogo na Publicação:
Bibliotecária Camila Rodrigues Quaresma - CRB 10/1790

“É mais perto o horizonte em nossas trilhas, se andarmos de mãos dadas e não sós.”

Dedico esta conquista

Aos meus pais, pela presença constante em minha vida.

Aos meus filhotinhos amados, Matheus e Lívia.

Ao meu marido.

A Deus, pela eterna companhia.

Agradecimentos

À Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPG

À Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria - SMSSM

Ao Sistema Educacional Galileu – SEG/ CIPEL

Agradecimento Especiais

À Profª Drª Lucilda Selli, orientadora, que acreditou em mim e com muita tranquilidade, compreensão, amizade e, acima de tudo, competência, despertou-me para a ciência.

Ao Prof. Dr. Roque Junges, co-orientador, pela sábia e atenciosa contribuição na construção deste trabalho.

Ao meu marido, Adolfinho, pela paciência e compreensão.

Aos meus irmãos, Rafael e Aline Kowalski, por serem exemplos de profissionais e incentivarem o meu crescimento.

À amiga Mara Regina, pelo incentivo, ajuda e apoio.

Às queridas Agentes Comunitárias de Saúde.

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Processo saúde/doença	14
2.2 Políticas de saúde no Brasil	15
2.3 Sistema Único de Saúde	19
2.4 Programa de Saúde da Família	21
2.5 Agente comunitário de saúde: o perfil e o desafio da profissionalização	25
2.6 Capacitação e profissionalização	31
3 MATERIAL E MÉTODO	34
3.1 Tipo de estudo	35
3.2 Campo de pesquisa	37
3.3 Análise dos dados	39
3.4 Aspectos éticos	40
4CRONOGRAMA	42
5 ORÇAMENTO	43
RELATÓRIO.....	45
6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	46
6.1 Coleta de dados	46
6.2 Método de análise e interpretação das falas	50
6.3 Conhecendo os sujeitos da pesquisa	52
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
7.1 Integração ACS – Equipe	55
7.2 Adaptação com a comunidade.....	61
7.3 Perfil, profissionalização e algo mais	64
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
9 REFERÊNCIAS	83

ARTIGO	87
RESUMO	89
ABSTRACT	89
1INTRODUÇÃO	90
2CAMINHO METODOLÓGICO	91
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	92
3.1 Integração do agente na equipe	92
3.2 Inserção do agente na comunidade	95
3.3 Perfil e profissionalização	96
CONCLUSÃO	100
REFERENCIAS	102
APÊNDICES	106
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
ANEXOS	109

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação, em cumprimento às exigências e instruções da Unidade Acadêmica, Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, apresenta-se dividida em três partes:

- Projeto (Formatação ABNT);
- Relatório de Pesquisa (Formatação ABNT);
- Artigo (Formatação Revista CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA - ABRASCO).

Projeto de Pesquisa

“No maravilhoso território do silêncio, nós tocamos o mistério. Ele é o lugar da reflexão e contemplação, e é o lugar onde nós podemos nos conectar com o conhecimento profundo, para o caminho da sabedoria profunda.”
(Angeles Arrien)

1 INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) surgiram em 1987 com o objetivo de realizar ações básicas de saúde, visando à redução dos índices de mortalidade materno-infantil em alguns municípios do Brasil. Com o sucesso de tais ações, em 1991, o Ministério da Saúde incorporou essa ação como um Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (TOMAS, 2002).

A implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, teve como finalidade reorganizar a atenção básica e aumentar os níveis de equidade e eficácia do SUS. Assim, os anos 90, do século XX, foram marcados pela busca de alternativas que possibilitassem a superação dos limites dos modelos de saúde vigentes (HORTALE e REIS, 2004).

O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde constitui uma importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do PSF e o desenvolvimento das principais ações desse programa se dá por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, pessoas escolhidas dentro da comunidade para atuarem junto à população (BRASIL, 2003a).

Na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde, em substituição à prática assistencial vigente, voltada para a cura de doenças, o Ministério da Saúde do Brasil, em 1994, assumiu o desafio de incorporar, em seu plano de ações e metas prioritárias, as estratégias de Saúde da Família, embasadas nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Sob essa ótica, a estratégia utilizada no Programa Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial atual (BRASIL, 1999).

O ponto básico do PSF está no estabelecimento de vínculos entre os profissionais da saúde e a população. Para tanto, faz-se necessária a mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização dos serviços em novas bases e critérios (BRASIL, 1988).

Dessa maneira, a família passou a ser compreendida a partir do ambiente em que vive. O indivíduo a família e a comunidade tornam-se o centro do trabalho. Dessa forma, emerge um novo ator social, que deixa de ser usuário de um serviço e passa a ser sujeito do processo e parceiro de tais serviços, empenhando-se por seu pleno e apropriado desenvolvimento e funcionamento.

A atenção do PSF está centrada na família. Essa instituição deve ser entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 1999).

Em vista disso, o ACS desponta numa perspectiva de elo, união e confiança entre os serviços de saúde e a comunidade assistida. A formação desse profissional para o desempenho de suas funções deve ser revista. Considerando a amplitude dessa questão, entende-se a necessidade de que a saúde seja pensada e praticada numa perspectiva intersetorial.

No que tange ao perfil dos ACS, este será entendido como um elemento para orientar ações e atividades que busquem conhecer a realidade local nos seus múltiplos aspectos e propor intervenções coletivas adequadas às necessidades identificadas.

A profissionalização dos ACS deve ser concebida como um processo dinâmico, atualizado e voltado para cada realidade em que está inserido. Essa percepção de ambiente e de cultura deve estar claramente presente no desempenho de suas funções. Segundo Helman (2003), esse olhar se fundamenta no fato de que a formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, interferindo fortemente na saúde. Essa influência se refere a crenças, comportamentos, percepções, emoções, linguagem, religião, alimentação, imagem corporal e atitude frente à doença.

O agir profissional do ACS, a despeito de quais sejam as prioridades, deve primar para que as crenças e os valores da população sejam respeitados e considerados como fontes de aprendizado mútuo e de produção de conhecimento.

Dalmaso (2002) afirma que o ACS é uma identidade em construção. É reconhecido como profissional da saúde, faz parte da equipe, mas ainda não tem uma formação específica e também não pertence a nenhuma categoria profissional.

Nesse contexto, ao se pensar na profissionalização dos ACS, não se pretende que eles venham substituir ou exercer o papel de outros profissionais de saúde que lutam no sentido de garantir uma melhor assistência à população. Acredita-se que, por serem pessoas do povo, não só se assemelham nas características e nos anseios desse povo, mas também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades dessa população. Por serem tradutores de tais necessidades, devem se apropriar do conhecimento relacionado ao binômio saúde/doença (DALMASO, 2002).

Embora as atribuições dos ACS estejam bem definidas pelo Ministério da Saúde, na prática, o que ocorre, muitas vezes, é uma distorção dessas atividades. Não raro, é possível observar agentes comunitários de saúde diagnosticando doenças, receitando medicamentos, fazendo curativos, enfim, desenvolvendo atividades que fogem da sua esfera de atuação.

Entendemos, desse modo, que o ACS é um sujeito que emerge das comunidades e se integra às equipes de saúde, sem trazer qualquer bagagem técnica específica à área da saúde. Nesse sentido, os problemas que os envolvem podem ser repensados e reorientados com o incentivo de uma formação adequada a esses profissionais, já que eles desenvolvem um trabalho tão importante quanto os outros profissionais da equipe do PSF. Não se pode pensar que saber ler, escrever e morar na área de cobertura da Unidade de Saúde bastaria para cumprir tal papel, embora alguns sejam bem-sucedidos. O melhor é que o ACS seja realmente capaz, e não apenas capacitado, para fazer o elo entre a comunidade assistida e a equipe de saúde, sem distorções e sem agravos à saúde da população.

A proposta de trabalhar com os ACS deve-se ao entendimento de que seu papel deve ser mais definido e mais específico e, principalmente, mais atualizado. Esses profissionais devem estar comprometidos com sua realidade nacional e loco-regional e capacitados para contribuir para a minimização

de fatores que respondem pelos atuais indicadores sócio-sanitários brasileiros, favorecendo sua aproximação no reconhecimento das condições de vida da população, das necessidades e prioridades. Tudo isso precisa ocorrer com base na Lei nº 10507, que fundamenta a profissão do agente comunitário, nas políticas de saúde e na formação de profissionais da saúde. Esses elementos precisam contribuir para a articulação da formação adequada do ACS.

Acredita-se que, para diferenciar o ACS atual dos visitantes de saúde da década de 20, é necessário instrumentalizá-lo com um conhecimento próprio, pois, como membro de uma equipe de saúde, é essencial que esse agente moderno seja capaz de produzir um saber/fazer que esteja ao alcance de atender às necessidades reais da comunidade.

Pensar em profissionalizar o ACS é pensar efetivamente em torná-lo agente de mudanças, para, assim, favorecer um melhor resultado nas práticas de saúde de que esses sujeitos fazem parte.

No contexto em que a formação e a qualificação de recursos humanos têm constituído grandes entraves para efetiva consolidação do SUS, o interesse pela temática justifica-se pelas experiências profissionais da pesquisadora com a saúde coletiva e o contato com os profissionais desta área. O fato de o ACS não estar de acordo com os padrões convencionais de formação acadêmica instigou o interesse pela discussão.

Desse modo, considerando-se que o ACS é o representante da comunidade junto à equipe profissional, busca-se problematizar o perfil e a formação adequada do ACS no sentido de captar as reais necessidades da comunidade e de ser o porta voz/tradutor dessas necessidades junto à equipe do PSF.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Processo saúde/doença

O entendimento das políticas de saúde pressupõe uma cuidadosa análise sobre o caráter social do processo saúde - doença e do conceito desse binômio. Essa reflexão é importante, porque, se a relação saúde/doença não for enfrentada como um processo ter-se-á uma visão parcial das condições que determinam as formas individuais e coletivas de adoecer e morrer. Nesse caso, predominará uma visão limitada desse processo no seu poder explicativo. Por outro lado, o conceito de saúde e doença tem de ser avaliado na perspectiva do seu caráter histórico social. Em outras palavras, a percepção e a representação do que seja saúde ou doença também são determinadas historicamente, vinculando-se às formas de como se organiza a sociedade e a inserção dos indivíduos em classes sociais (ESCODA e LIMA, 1992).

A forma de organização social depende de como está produzida e distribuída a riqueza, e o processo de determinação social das doenças deve ser entendido na lógica do curso de formação histórico-social dessa sociedade. Para se compreender o presente e as dificuldades e desafios que envolvem a questão da saúde no Brasil, é preciso entender o que aconteceu no passado (ESCODA e LIMA, 1992).

De acordo com Greco (2000), os problemas no setor saúde não são atuais; existem desde muito tempo. Como exemplos disso, há as doenças reemergentes (termo utilizado pelo CDC – Centro de Controle de Doenças). Essas doenças ressurgem após o seu declínio ou controle, como a dengue, leptospirose, tuberculose e outras que, ainda hoje, configuram-se como um grande problema de saúde pública.

A concepção do processo saúde-doença evoluiu de uma maior vinculação das doenças com a morte para concepções relacionadas a fatores

de qualidade de vida de uma população, como um produto social. Esses conceitos antigos, tomados em sua negatividade, como ausência de doença, estruturou uma resposta social organizada, sob a forma da prática da atenção à saúde, que pretendia oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde, reduzidos a serviços médicos, ofertados individualmente e destinados a tratar as enfermidades ou a reabilitar os pacientes portadores de seqüelas, por meio da clínica e com a intermediação crescente das tecnologias. Essa prática excluía os componentes coletivos da doença e a socialidade da saúde, gerando implicações no diagnóstico e nas condutas sobre as queixas dos pacientes (MERHY e MENDES, 2000).

Entretanto, no transcorrer do século XX, foi diminuindo a importância das doenças transmissíveis devido, essencialmente, à melhoria nas condições gerais de vida, além dos progressos médicos. Paralelamente, houve o conseqüente aumento das doenças degenerativas. Uma nova concepção de saúde pública surgiu do reconhecimento de que tudo que existe é produto da ação humana. Assim, a medicina preventiva deu origem ao novo paradigma da produção social de saúde. Nesse sentido, ser saudável não significa apenas não estar doente. Deve significar também a possibilidade de atuar, de produzir a sua própria saúde, quer mediante cuidados tradicionalmente conhecidos, quer por ações que modifiquem o seu meio (SANTOS e WESTPHAL, 1999).

2.2 Políticas de saúde no Brasil

Para um melhor entendimento das políticas de saúde, é preciso uma incursão retrospectiva a décadas anteriores. Alguns eventos são importantes de serem lembrados.

O processo saúde/doença existe desde os primórdios da civilização. A saúde pública, no início do século, era praticamente inexistente, e as explicações para as doenças da época, como varíola, febre amarela e cólera, eram os miasmas, isto é, contágio pelo ar corrompido. A fragilidade das medidas sanitárias levava a população a lutar por conta própria contra as doenças (BERTOLLI, 2004).

Com o crescimento da economia, houve maior necessidade de tornar os trabalhadores hígidos, pois a mão-de-obra era precária e não se poderia correr o risco de perder a força de trabalho e a expansão da economia. Com o crescimento da indústria, começou-se a considerar a produção como o centro da atividade econômica. Assim, o trabalho passou a ser essencial na geração de riqueza da nação; qualquer perda na produtividade de trabalho, decorrente de enfermidade ou morte, tornava-se um problema econômico (MENDES, 1993).

Dessa forma, a questão saúde passou a constituir um problema socioeconômico, necessitando-se de medidas urgentes para combater as doenças que se alastravam. Em 1920, numa tentativa de reorganizar os serviços de saúde, Carlos Chagas criou o Departamento Nacional de Saúde Pública no Brasil, órgão que, durante anos, exerceu ação normativa e executiva das atividades de Saúde Pública (GEOVANINI, 2002).

Os grandes sanitaristas dessa época, Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, empenhavam-se em sanear as cidades, mais especificamente Rio de Janeiro e São Paulo. Para isso, foi instituída a vacinação em massa contra a varíola. As reações à vacina, ainda pouco conhecidas, levavam muitas das pessoas vacinadas à morte. Concomitantemente a isso, surgiu a revolta popular contra essa ação sanitária. Essa época ficou conhecida historicamente como “a revolta da vacina”. Mas os benefícios dessa imunização são reconhecidos até hoje, devido à erradicação da doença.

Na área de assistência individual, as ações de saúde eram eminentemente privadas. O sanitarismo campanhista continuou sendo a principal característica da política de saúde (BERTOLLI, 2004).

Essa realidade começou a se transformar a partir de 1923, com a promulgação da Lei Elói Chaves, que instituiu a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Os principais objetivos das CAPs eram assegurar direito à aposentadoria e assistência médica aos empregados das estradas de ferro. Segundo BERTOLLI,

O artigo 9, que definia os benefícios concedidos, apresentava na sua lista, além dos benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões), a prestação de serviços médicos e farmacêuticos. Esses benefícios

eram estendidos a todas as pessoas da família que habitassem sob o mesmo teto e sob a mesma economia (2004, p. 12).

Alguns anos depois, as CAPs foram estendidas. Com o processo de industrialização, as grandes cidades brasileiras passaram por mudanças econômicas. Enquanto a economia brasileira esteve dominada por um modelo agroexportador, assentado na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou o controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação (MENDES, 1999). A partir da década de 50, ocorreu um deslocamento da economia, que, até então, estava fortemente baseada na agroexportação, para os centros urbanos. Isso gerou uma massa operária que deveria ser atendida, com outros objetivos, pelo sistema de saúde. O importante, então, já não era mais sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva (MENDES, 1993).

Em 1916, instalou-se no Brasil a Fundação Rockefeller, com a intenção de tornar o país altamente consumidor de outros países. Houve aqui a formação de enfermeiras que tinham como função ações educativas, preventivas e de cuidado. A enfermagem ficaria encarregada de atuar na organização da saúde pública e do serviço hospitalar, sob o olhar hierarquicamente superior do médico (MOREIRA, 1999).

A partir da fundação Rockefeller, as visitas domiciliares tomaram força e assumiram um caráter preventivo e cuidador, com as *health visitors*, que se caracterizavam como visitadoras em saúde, mas sua formação era considerada inadequada (MOREIRA, 1999).

Nessa época, surgiu a idéia de Centro de Saúde como uma organização que forneceria, promoveria e coordenaria os serviços médicos e sociais, relativos a uma realidade local específica. As atividades dos Centros de Saúde compreendiam, em nível local, serviços de enfermeiras visitadoras, inspeção escolar, laboratório, censo de morbidade, investigações, entre outras (BERTOLLI, 2004).

Em 1930, as políticas de saúde assumiram um caráter hegemônico; atendiam a uma necessidade que emanava do desenvolvimento da industrialização e da expansão da economia, em que a capacidade produtiva do trabalhador deveria ser mantida e restaurada. Assim, era imprescindível o combate a doenças que ameaçavam a força de trabalho. A saúde pública, nessa época, começava a desenvolver-se, e os sistemas de saúde dividiam-se basicamente em dois grupos: o sistema de saúde pública e o sistema de medicina previdenciária, com a instalação dos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais.

Na história da saúde no Brasil, um dos eventos marcantes ainda estava por acontecer. A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, em Brasília, promovida pelo Ministério da Saúde, contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade. Esse evento é considerado um marco histórico para as reformas que foram e estão sendo processadas no setor nas duas últimas décadas (AROUCA, 1998).

A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos (entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde), da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES, 1998).

O sistema de saúde brasileiro transitou do sanitarismo campanhista, baseado em inspiração militar de combate a doenças de massa, e com forte intervenção sobre os corpos individual e social, para o modelo médico-assistencial privativista (LUZ, 1991).

2.3 Sistema Único de Saúde – SUS

Antes da Constituição Brasileira de 1988, a saúde era considerada um direito apenas daqueles que contribuía com a Previdência Social, mesmo que com acesso aos serviços de saúde de forma precária. Sabe-se que a questão saúde está diretamente relacionada com a qualidade de vida, e isso envolve um conceito ampliado de saúde, o qual só pode ser visto inserido no contexto do ser humano, avaliando-se suas condições de moradia, alimentação, água, esgoto, transporte, educação e lazer (BRASIL, 1998).

Na década de 80, emergiu, no Brasil, o Movimento Sanitário, que contou com a participação de intelectuais, representantes de universidades e de comunidades organizadas, profissionais de saúde e alguns políticos. Esses estavam comprometidos com as causas da população e visavam realizar uma Reforma Sanitária no país, assim definida por Fleury (1994, p. 45):

Reforma Sanitária é um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares [...] na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu de forma a se contrapor ao regime da ditadura política e do sistema de saúde vigente, que atendia apenas interesses comerciais de alguns em detrimento da saúde da população. Isso incitou o aumento dos serviços médicos privados, os quais foram incorporados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), enquanto os serviços públicos dos postos de saúde, hospitais e centros de saúde passaram a ser desprestigiados, encarados como prestação de serviços de saúde para pobres. Caracterizava-se, assim, um serviço de saúde sem direito à saúde, uma vez que se exigia a contribuição previdenciária para a obtenção do benefício (FLEURY, 1994).

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) caracterizou-se como ponto de mutação no processo de formulação da política nacional de

saúde, sendo considerada o marco doutrinário da proposta de Reforma Sanitária no Brasil (MORETTO, 2001).

Segundo Neto (1994), como resultado central dessa Conferência, houve o consenso político que permitiu a conformação do Projeto de Reforma Sanitária, caracterizada por:

- saúde como direito de cidadania e dever do Estado;
- instituição de um Sistema Único de Saúde;
- conceito abrangente de saúde.

A partir da promulgação da Constituição Federal Brasileira, de 1988, foram definidas como diretrizes do SUS: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade diretriz, preconizadas também na Lei n. 8080/90. A construção do SUS deve constituir-se em um processo social de mudanças nas práticas sanitárias, referenciado na concepção ampliada do processo saúde/enfermidade e no paradigma assistencial da promoção da saúde (BRASIL, 2003a).

As práticas de saúde, que precediam os princípios propostos pelo SUS, em 1988, estruturavam-se pela livre demanda, sem território definido para atenção primária. Prestava-se assistência ocasional e passiva e enfatizava-se o cuidado curativo e reabilitador, apresentando baixa resolubilidade, altos custos diretos e indiretos (fossem eles econômicos ou sociais), além de negar a possibilidade de relações interpessoais constantes, desumanizando o cuidado da saúde e restringindo-o a ações unisetoriais. Era um sistema que não valorizava a organização da atenção primária, que exaltava o saber e o fazer especializado e que era pressionado pela concentração da demanda em hospitais e unidades especializadas. Enfim, era um sistema centrado na doença (MENDES, 1996).

O modelo assistencial predominante no Brasil caracterizava-se pela prática “hospitalocêntrica”, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação para todos os partícipes do processo (gestores,

profissionais de saúde e usuários do serviço). Como consequência, o bom senso milenar do “prevenir para não remediar” foi sendo reescrito com o abandono da prevenção e promoção da saúde em todas as suas dimensões. Assim, a rede básica de saúde passou a ser acessória e desqualificada, perdendo seu potencial de resultados. O que era para ser básico se tornou descartável, e o topo da cadeia de atenção se transformou em porta de entrada (BRASIL, 2003a).

Nos últimos dez anos, o Sistema Único de Saúde passou por transformações importantes comparáveis a vários momentos de modernização dos setores produtivos do Brasil. A palavra escolhida para caracterizar a mudança é inclusão, pois ocorreu a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, a partir da redefinição dos princípios universalidade, equidade e integralidade das ações (BRASIL, 2003a).

O SUS é, atualmente, o sistema de saúde de maior abrangência no mundo com relação ao número de usuários potenciais, pois tem caráter universal, em virtude de assumir a saúde como direito. É inegável que a implantação do SUS representa um grande efeito distributivo, especialmente para parte da população brasileira que não conta com a assistência médica supletiva (CAMPOS, 1997). Mas, mesmo diante desta situação, entende-se que as inovações introduzidas no sistema de saúde, nos últimos anos, com a implantação do SUS, têm apresentado resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, sobretudo por não promover mudanças no modelo assistencial (SENNÁ, 2002).

2.4 Programa Saúde da Família – PSF

A formulação do Programa de Saúde da Família (PSF) como um novo modelo de saúde posiciona o Brasil ao lado dos países que pautam seus sistemas de saúde em valores de solidariedade e cidadania. Esse avanço na saúde caracterizou-se pelo incentivo de ações estratégicas, dentre as quais a expansão do PSF. Assim, o PSF tem se constituído na principal forma de reorientação do modelo de atenção no Brasil (BRASIL, 2003a).

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único Saúde (SUS): a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade. Essa estratégia está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos referidos princípios (BRASIL, 1998).

A mudança no modelo de saúde previu a necessidade de eleger a atenção básica como porta de entrada do sistema e com referência e contra-referência para níveis hierarquizados assistenciais, além da ênfase na oferta de serviços para um modelo orientado pela demanda como um fator de redução de custos e de integralidade de ações em saúde (CORDEIRO, 2001). Por isso, a compreensão do programa só é possível por meio da mudança do objeto de atenção, da forma de atuação, da organização geral dos serviços e da reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 1998).

Assim, a saúde da família desponta como estratégia de mudança paradigmática na organização da atenção primária, a fim de criar uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido. Também desenvolve ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias em seu habitat de forma contínua, com ênfase na prevenção e na promoção, mas sem excluir o curativo-reabilitador, com alta resolubilidade, com baixos custos diretos e indiretos e com abrangência intersetorial (MERHY e MENDES, 2000).

O PSF, a partir da reformulação da atenção básica, aposta no estabelecimento de vínculos e na criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais da saúde e a população. O vínculo no programa se inicia com o cadastramento das famílias por meio das visitas domiciliares. Nesse processo, são identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde as famílias estão inseridas. É informada a oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a referência para o usuário, estabelecendo um primeiro vínculo (BRASIL, 1997). O PSF não tem por objetivo, simplesmente, desenhar um sistema de adstrição de famílias a uma equipe de saúde que as atenderá sob uma lógica preventiva e curativa. Visa, sim, a instituir uma

prática social, um novo paradigma de produção social da saúde (MENDES, 1993).

Esse Programa é apresentado como um modelo de assistência à saúde que visa a desenvolver ações de promoção e de proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária.

Entre os pontos principais da proposta, destacam-se:

- cada equipe do PSF é responsável pela cobertura de uma área geográfica onde habitem de 800 a 1.000 famílias – critério que pode ser alterado, em função das condições de acesso e da densidade demográfica do município;
- as equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde, com possibilidade de modificação da estrutura das equipes para se adequar à realidade local, cabendo aos sistemas locais de saúde garantir a supervisão e a atualização dos profissionais;
- cada pessoa da família, independentemente da idade e do estado de saúde, receberia atenção integral da equipe do PSF, responsável pela execução de ações para prevenção e controle da incidência de doenças;
- o PSF seria a porta de entrada ao sistema de saúde em todas as localidades onde estivesse implantado;
- o controle da qualidade de serviços prestados pelo PSF e a avaliação do desempenho profissional da equipe seriam exercidos por grupos de supervisão, pelos Conselhos de Saúde e pelas comunidades atendidas.

O Programa apresenta ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. Assume o compromisso de prestar assistência resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades. Além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está

exposta, neles intervindo de forma apropriada. Para atingir suas proposições, estabelece quatro princípios básicos, a saber:

- caráter substitutivo das práticas tradicionais de assistência por um novo processo de trabalho concentrado na vigilância em saúde;
- integralidade e hierarquização a partir da adoção da Unidade de Saúde da Família como primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, que deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta a atenção integral aos indivíduos e sejam asseguradas as referências e contra-referência para os diversos níveis do sistema;
- territorialização e adscrição da clientela, com a incorporação do território enquanto espaço de abrangência definida, por meio do cadastramento e acompanhamento da população adscrita a essa área;
- equipe multiprofissional, composta por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis ACS (MERHY et al., 2003).

Esses princípios desenham um novo formato para a assistência em saúde, trazendo a questão territorial, a idéia de área de responsabilização em uma dada equipe e a circunscrição dessa equipe a um número específico de famílias. Com isso, visam à construção de vínculos, os quais têm como princípio a referência do usuário para com os profissionais que cuidam (FRACOLLI, 2005).

No Programa, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente, onde vive a população-alvo, nas relações que estabelece com o meio e com o processo de saúde-doença. As visitas e o atendimento domiciliar, proposto pelo Programa, devem ser sempre utilizados no sentido de humanizar e garantir qualidade de assistência ao indivíduo (FRACOLLI, 2005).

Mendes (1996) refere-se ao Programa como a principal proposta de formulação de novas práticas de saúde. Ele consiste em um paradigma da produção social de saúde, por intermédio do desenvolvimento de ações

direcionadas às famílias e à comunidade, com alta resolubilidade, baixos custos e um privilégio essencial para a intersectorialidade.

O Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede tradicional básica, de cobertura universal, mas assumindo o desafio dos princípios da equidade e integralidade (BRASIL, 1998). Essas temáticas vêm ocupando lugar de relevância na discussão das políticas sociais nas duas últimas décadas. No campo da saúde, elas têm sido objeto de amplo debate, englobando várias dimensões e estimulando discussões para sua operacionalização. As reflexões se dão pela busca tanto dos determinantes das igualdades em saúde, como da formulação de prioridades a serem implementadas na elaboração de instrumentos e indicadores para o monitoramento dos processos de reforma no sistema de saúde (ALMEIDA, 1996).

2.5 Agente Comunitário de Saúde: o perfil e o desafio da profissionalização

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma pessoa da própria comunidade, mas que está preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e também da saúde da comunidade. Ele age em sintonia com a unidade de saúde mais próxima. É um trabalhador que faz parte da equipe de saúde local. Um dos aspectos a ser considerado é que a atuação dos ACS deve ser construída pelos atores envolvidos na ação, ou seja, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS e comunidade. Esse planejamento em Saúde deve produzir e respeitar o universo cultural do contexto para o qual está sendo pensado. Nesse sentido, torna-se fundamental que se inclua, entre seus pressupostos, a concepção de cultura proposta por Geertz (1989), como sendo uma teia de significados, tecida pelo ser humano, na qual ele mesmo se encontra amarrado.

O Agente Comunitário de Saúde integra as equipes do PACS e PSF, e sua profissão caracteriza-se pelo exercício de prevenção de doenças e promoção da

saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, em conformidade com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2003b)

Essa profissão foi criada pela Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002, e seu exercício dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema único de Saúde e sob a supervisão do gestor local em saúde.

Conforme o artigo terceiro da Lei que regulamenta a profissão, o ACS deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:

- I - residir na área da comunidade em que atuar;
- II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;
- III - haver concluído o ensino fundamental (Lei n. 10.507/2002).

O ACS funciona como elo entre a comunidade e a equipe de saúde. Está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

O seu trabalho é feito nos domicílios de sua área de abrangência. As atribuições específicas do ACS são as seguintes:

- realizar mapeamento de sua área;
- cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- identificar área de risco;
- orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica;
- realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;

- estar sempre bem informado e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;
- traduzir para Estratégia Saúde da Família a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;
- identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe (BRASIL, 2003b).

Mas, apesar da importância desses profissionais no contexto da saúde no Brasil, o efetivo exercício deles apresenta um problema. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), considerados o alicerce do PSF, foram arremessados no centro de um embate jurídico e burocrático que pode comprometer um dos pilares da atenção básica: o concurso público. Hoje, são quase 200 mil agentes em todo o país. A maioria desses profissionais começou a trabalhar contratados pelas prefeituras e, hoje, a proposta do Ministério Público do Trabalho considera irregular essa forma de contratação (CONASEMS, 2006).

Nesse sentido, há um sentimento de angústia e preocupação com a essência do PSF em função da realização do concurso público. Entende-se que, para atuar como agente, o requisito primordial é o perfil do profissional, que deve interagir com a comunidade assistida e trabalhar com a saúde da comunidade. Sabe-se que a escolha de residentes dos próprios bairros para desempenharem o papel de agentes comunitários tem por finalidade, entre outras, o aumento da eficácia das ações de educação para a saúde. Esse aumento da eficácia deve-se ao fato de essas pessoas compartilharem um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo lingüístico (ALMEIDA, 1996).

Com o concurso público, não há condições de se estabelecer esse vínculo natural *a priori*, pois, dada a escassez de emprego, concorrem à vaga pessoas com qualificação superior de regiões e até estados diferentes (CONASEMS, 2006).

Hoje, verifica-se, por meio do ACS, a importância da visita domiciliar, que teve grande influência no passado com as visitadoras em saúde. O ACS continua sendo um personagem de grandes controvérsias que põe em discussão se suas características de recurso humano de origem comunitária marcaram a continuidade do formato das políticas de saúde do passado ou constituem sinais de uma tendência efetiva de renovação (NOGUEIRA, 2002).

As discussões acerca das atribuições, do perfil e da profissionalização do agente comunitário estão cada vez mais efervescentes. É cada vez maior a necessidade em tornar o agente capacitado e capaz. É muito importante a função que desempenha, pois é o elo entre equipe e comunidade, ou tradutor ou até mesmo, como refere Pinheiro et al. (2003), o "laço". Seja qual for o simbolismo utilizado pelos autores, a etimologia da palavra não vai mudar o seu papel dentro da comunidade e da equipe de saúde.

Na realidade, conforme Silva e Dalmaso (2002), o ACS precisa incorporar-se de fato ao sistema de saúde, fazer parte efetivamente das equipes de saúde da família, deve participar das diferentes ações, na dimensão técnico-assistencial e político-social.

Por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, seu papel tem sido distorcido. Qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade é atribuída ao ACS. Assim, a identificação de crianças fora da escola, a limpeza das caixas d'água para combater o mosquito da dengue, todas essas responsabilidades estão sendo atribuídas ao ACS. Isso implica diretamente no processo inadequado de qualificação dos ACS, pois ele passa a receber diversos micro-treinamentos, fragmentados e fora do contexto (MENDES, 1993).

Fala-se de um novo perfil profissional – um novo saber, um novo fazer –, mas não se especifica qual seria esse novo perfil. É consenso que o ACS seja da própria comunidade, seja alguém que se identifica, em todos os sentidos,

com a própria comunidade. Tem-se, então, que refletir sobre o grau de escolaridade desse agente (TOMAS, 2002).

A consolidação do PSF está condicionada à existência, nos serviços, de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados ao novo modelo, capazes de uma ação multiprofissional e interdisciplinar. No entanto, é preciso reconhecer que o ensino das profissões de saúde no Brasil ainda está baseado no modelo fragmentado, que usa a lógica da especialização na produção de trabalho (BRASIL, 2003b).

Após a implantação do PSF, o papel do ACS foi ampliado, saiu do foco materno-infantil para a família e a comunidade, além de exigir novas competências no campo político e social. Desse modo, é necessário que o ACS tenha um nível de escolaridade mais elevado e passe por um processo de profissionalização mais complexo e mais abrangente (TOMAS, 2002).

Os ACS almejavam uma profissionalização, bem como a regulamentação de seu exercício profissional, que seria o efetivo reconhecimento institucional e social de sua atividade. Os agentes de saúde apontaram como elementos motivadores para o trabalho a remuneração, a dedicação de tempo integral, a possibilidade de aprendizado e a profissionalização no campo da enfermagem. Contudo, ainda resta conhecer qual saber o agente comunitário de saúde precisaria dominar para fazer o que dele se espera no PSF (DALMASO e SILVA, 2002).

As atribuições básicas dos ACS estão estabelecidas na Portaria GM/MS n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997, e estão detalhadas num total de 33 itens. São mencionadas atribuições que fazem parte do conhecimento da área (cadastramento, diagnóstico demográfico, definição do perfil socioeconômico, mapeamento e outras). Há também atribuições que fazem parte do acompanhamento, monitoramento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo detalhados os grupos populacionais que deverão ser acompanhados (gestantes, puérperas, hipertensos e outros). Também estão definidos os temas que deverão ser abordados (aleitamento materno, imunização, reidratação oral e outros) e as necessidades de monitoramento (diarréias, infecções respiratórias agudas, tuberculose, hanseníase e outros).

São mencionadas ainda ações educativas referentes à prevenção do câncer, a métodos de planejamento familiar, à saúde bucal, nutrição e atribuições que não são específicas da saúde, como ações educativas para preservação do meio ambiente e também abordagem dos direitos humanos e estimulação à participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida.

A maioria das “atribuições” mencionadas é composta por atividades relacionadas com os programas desenvolvidos pelas unidades de saúde e têm caráter biomédico e individual. Ainda que se mencione a necessidade de promover “ações coletivas”, os instrumentos de informação que devem ser preenchidos pelos ACS e que fazem parte do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) não detalham esse tipo de trabalho. A ênfase do SIAB é feita sobre fichas que permitem a avaliação da produtividade baseada em ações individuais e avaliação de indicadores de saúde.

Nogueira et al. (2000) trazem à discussão o perfil do ACS e seu enquadramento em relação a outras profissões de saúde. Os autores pontuam que existem duas interpretações para o enquadramento profissional do ACS: na primeira interpretação, refere-se que o ACS pertence ao grupo de enfermagem por realizar cuidados de saúde; na segunda interpretação, o ACS é visto como um trabalhador genérico que não tem similaridade entre as profissões de saúde tradicionais. Trata-se de um trabalhador “*sui generis*” com identidades comunitárias, que realiza tarefas que não se restringem ao campo da saúde, como, por exemplo, a facilitação do acesso aos direitos de cidadania de forma geral.

Dalmaso e Silva (2002) referem-se a duas dimensões principais que podem ser identificadas na proposta de atuação do ACS: uma estritamente técnica, em que se situa o atendimento aos indivíduos e famílias, a prevenção de agravos e o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outra mais política, em que a saúde é entendida no contexto mais amplo e onde se insere a organização da comunidade e a transformação das condições de vida. Os autores mencionam também a dimensão de assistência social, esclarecendo que esta pode ser encontrada na prática, ainda que não constasse dos programas oficiais em 2002.

Os referidos autores entendem que, ao se assumir essas dimensões, cria-se um dilema permanente para o agente, na medida em que a convivência entre as diferentes dimensões entra em conflito na dinâmica do cotidiano. Compreendem, ainda, que o saber sistematizado e os instrumentos existentes na área da saúde não são suficientes para suprir as necessidades de trabalho dos agentes, tanto no que se refere à abordagem familiar, como com relação ao contato com situações de vida precária. A falta de saberes sistematizados para o pólo mais político e de assistência social acaba fazendo com que os ACS trabalhem mais com o senso comum e com a religião. Ressaltam, ainda, a variedade de expectativas existentes sobre a função do ACS que se vê ora como educador em saúde, ora como organizador de acesso, como “olheiro” da equipe na identificação e captação de necessidades.

2.6 Capacitação e profissionalização

O processo de profissionalização dos ACS leva em consideração as novas perspectivas delineadas para a educação profissional no Brasil (Lei Federal n. 9.394/96), que aponta para a elevação da escolaridade e para uma concepção de formação (BRASIL, 2004). Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde propôs, mediante o Decreto Federal n. 5.155/2004, o Programa de Formação do Técnico de Agente Comunitário de Saúde. O programa prepara os agentes para atuarem como técnicos de nível médio junto às equipes do PSF, que desenvolvem ações de cuidados e proteção à saúde da comunidade. Dessa forma, fica clara a importância em tornar o ACS profissionalizado, embora vigore ainda na prática a capacitação por gestores locais (BRASIL, 2004).

O desafio de preparar profissionais adequados às necessidades do SUS implica, dentre outras mudanças, profundas alterações na forma de organização da formação desses profissionais. A busca de alternativas que propiciem a construção de programas de ensino que possibilitem maior conformação aos desenhos de organização da atenção à saúde proposta

nacionalmente leva à incorporação do conceito de competência profissional, cuja compreensão passa, necessariamente, pela vinculação entre educação e trabalho.

O ACS que se busca é aquele que desenvolva capacidade de ação diante dos acontecimentos, e suas habilidades devem envolver reflexão, sensibilidade e compromisso (Figura 1). Deve reconhecer-se como construtor do conhecimento e compreender, dessa forma, a importância do processo de interação em equipe de trabalho com os indivíduos, os grupos e as coletividades com os quais trabalha.

Apresentar/conhecer o perfil profissional ACS possibilita ao próprio trabalhador conhecer a utilidade e os impactos das ações que realiza, compreender que os grupos sociais não são abstratos ou distantes e que há necessidades e modos de viver. O delineamento de quem é o ACS contribuirá para uma melhoria da qualidade de todas as suas atividades de rotina e para a ampliação da capacidade de orientar sobre os fatores presentes nas comunidades (BRASIL, 2003b).



Figura 1 – Perfil desejável do ACS.

Diante do exposto e reconhecendo o ACS como o representante da Saúde da comunidade, questiona-se: Qual o perfil e a formação adequada desse profissional para integrar a equipe de PSF?

Para responder a esse problema de estudo, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- conhecer o nível de integração do ACS com a comunidade e também com a própria equipe;
- conhecer estratégias do ACS para identificar as reais necessidades da comunidade;
- identificar como o ACS exerce seu papel de tradutor das necessidades da comunidade junto à equipe profissional;
- discutir a verdadeira aptidão que o ACS deve desenvolver para atuar no PSF.

3 MATERIAL E MÉTODO

O conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica. O método é o fio condutor para se formular essa articulação. O método tem, pois, uma função fundamental: além do seu papel instrumental, é a própria alma do conhecimento (MINAYO e SANCHES, 1993).

O método é o caminho a ser seguido. É o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo, traçando o caminho, detectando erros e auxiliando as decisões. Não há ciência sem emprego de métodos científicos (MARCONI e LAKATOS, 2004).

A pesquisa em questão utilizou a metodologia exploratória, estudo de caso, com amostra intencional e abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, utilizou-se grupo focal a partir dos autores Gui (2003) e Flick (2004).

O grupo focal é uma modalidade específica de grupo que possibilita a exploração de opiniões e a elaboração de diferentes representações sobre o assunto em questão, referente a um determinado espaço social, no qual os participantes compartilham experiências semelhantes e comuns a todos.

As pessoas no grupo estão mais propensas a acolher novas idéias e a explorar suas implicações [...]. O grupo focal é um ambiente mais natural e holístico em que os participantes levam em consideração os pontos de vista dos outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros (GASKELL, 2002, p. 76).

O grupo focal é uma forma de coletar dados diretamente das falas de um grupo. É uma técnica qualitativa de coleta de dados altamente eficiente, visto que os participantes tendem a controlar e a compensar um ou outro, eliminando, assim, opiniões falsas ou radicais. Além disso, é razoavelmente fácil avaliar-se até que ponto existe uma opinião compartilhada relativamente consistente entre os participantes (FLICK, 2004).

Os grupos focais correspondem à participação dos sujeitos que discutem, refletem e respondem conjuntamente um “*rapport*” tópico guia”.

Dessa forma, não se corre o risco de distorção do objetivo da discussão entre os participantes (LEOPARDI, 2001).

Flick (2004) afirma que um pequeno número de indivíduos, reunidos como um grupo de discussão vale muito mais do que qualquer amostra representativa. Esse grupo, discutindo coletivamente sua esfera de vida, provavelmente perceberá que um se depara com divergências em relação ao outro e fará mais para erguer as máscaras que cobrem a esfera da vida do que qualquer outro dispositivo do qual se tenha conhecimento.

Esse método de coleta de dados possibilita o entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes de um grupo sobre determinado fato, prática, tema etc. Possibilita a interação do grupo sobre determinado conteúdo em um curto período de tempo. A essência do grupo focal é apoiar-se na interação entre participantes para colher dados a partir de tópicos fornecidos pelo pesquisador (GUI, 2003).

Para a etapa de análise e interpretação dos dados, trabalhou-se com o método de análise de conteúdo. Essa análise é uma construção social, e sua metodologia se caracteriza por um discurso elaborado sobre qualidade, e por ter a fidedignidade, a coerência e a transparência como preocupações-chave (BAUER e GASKELL, 2004).

3.1 Tipo de estudo

Os sujeitos e os objetivos desta pesquisa levam a entender que a metodologia que melhor se aplica é a que considera os aspectos qualitativos. A pesquisa qualitativa é aquela em que os processos e fenômenos não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Por meio dela, o pesquisador se aprofunda no mundo dos significados de ações e relações humanas. Utilizam-se, assim, significados, crenças, valores, atitudes e motivos, os quais não têm possibilidade de serem operacionalizados, pois tratam de questões

profundas das relações. Ainda, aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2000). As metodologias de pesquisa qualitativas são:

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2006, p. 10) [com grifo no original].

A metodologia qualitativa teve sua origem na prática desenvolvida pela antropologia. Depois, foi empregada pela sociologia e psicologia. Posteriormente, a investigação qualitativa começa a ser aplicada em educação, saúde, geografia humana. A pesquisa qualitativa mostra significativa relevância para o estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas da vida (MARCONI e LAKATOS, 2004; FLICK, 2004).

O estudo exploratório com enfoque qualitativo é aquele que apresenta menor rigidez no seu planejamento. Possui a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 1999; FLICK, 2004; BAUER e GASKEL, 2004). Já o estudo de caso trabalha todas as fases do planejamento, coleta, análise e apresentação dos resultados. É um tipo de estudo que permite uma investigação para se preservarem as características holísticas e significativas dos eventos da vida real – tais como ciclos de vida individuais, mudanças ocorridas em certas regiões e maturação de alguns setores e programas (YIN, 2001).

O estudo de caso, como estratégia de pesquisa, compreende um método que abrange da lógica do planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas à sua análise. Nesse sentido, o estudo de caso não é nem uma tática nem meramente uma característica do planejamento em si, mas uma estratégia abrangente de pesquisa (YIN, 2001).

Segundo esse autor, o estudo de caso é, na verdade, uma investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto

de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

3.2 Campo de pesquisa

O campo de pesquisa é um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço e que representa uma realidade a ser estudada a partir de concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação. A entrada em campo pode apresentar obstáculos, gerando a dificuldade ou a inviabilização da pesquisa. Para evitar que isso ocorra, deve-se buscar uma aproximação com as pessoas do local, destacando a proposta do estudo (CRUZ NETO, 2002).

Em face de tal dificuldade, uma das propostas deste trabalho é o momento de aproximação e integração entre os participantes do grupo pesquisado. Esse momento ocorrerá durante a etapa de coleta de dados. Essa dinâmica relacional tem como ponto básico, segundo Lima (1998), a criação de mecanismos que integrem todos os seres humanos de maneira que cada pessoa possa se expressar e ter condições emocionais de sentir-se parte do meio onde está interagindo.

O interesse em pesquisar os ACS surgiu do contato da pesquisadora, como supervisora de estágio do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com os agentes de uma Unidade de Saúde em Santa Maria e com os demais profissionais que integram o Programa Saúde da Família (PSF), quando este estava sendo implantado no ano de 2004.

O convívio com os ACS trouxe à tona questões acerca de sua formação profissional e da educação continuada. Visualizou-se a necessidade de se estabelecer a relação entre a teoria e a prática nas quais os agentes estão inseridos, já que esse profissional *sui generis*, que aparece como elo integrador e decodificador entre comunidade e equipe, é, como afirma Tomas (2001), um contribuidor ativo para o processo de transformação social.

A implantação do PSF nos municípios vem conformando mudanças nos processos de organização dos trabalhos em saúde. As mudanças decorrem dos novos sistemas de gestão, hierarquização dos serviços e inovações tecnológicas. O papel do ACS, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b), define-se nesse contexto por atividades de caráter preventivo dentro do SUS e concentra-se nos seguintes campos de atividades ou eixos de inserção do trabalho profissional:

- **ações de caráter preventivo:** dentre as ações de prevenção exercidas pelos ACS, destacam-se a educação e a informação em saúde;
- **mobilização da comunidade:** o Agente Comunitário de Saúde é também conhecido como Agente de Transformação Social, uma vez que, por conhecer a comunidade e viver nela, tem a capacidade de influenciá-la;
- **elo integrador:** esse item pode ser considerado como atividade prioritária do ACS.

Por meio deste estudo, foi possível vislumbrar a contribuição do ACS como articulador entre a comunidade e profissionais de saúde, buscando estabelecer o elo perdido na reorganização do SUS. Essa "contribuição" do ACS vem ao encontro das necessidades da população. O ACS passa a ser parceiro no processo saúde-doença e age de forma decisória e ativa, porque é visto como integrador e porta de entrada da Unidade de Saúde.

O município escolhido para a realização do estudo foi Santa Maria-RS, cidade com 250.000 habitantes. A abrangência do PSF é de dezesseis equipes em todo o Município, das quais três trabalham com equipe dupla até o período de outubro de 2006.

A opção por realizar o estudo na cidade de Santa Maria-RS teve como razão a valorização do local de residência da pesquisadora. A escolha do tema decorre do fato de o PSF ter sido implantado em 2004, trazendo uma realidade nova em assistência à saúde da comunidade e ampliando a atuação dos ACS, o que gera a necessidade de se conhecer o perfil desse novo profissional em saúde.

O processo de contato com os ACS iniciou-se com a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, especificamente com o coordenador do PSF, que autorizou a

pesquisa e facilitou o contato com as enfermeiras das Unidades, para a dispensa dos agentes nos dias dos encontros para a coleta de dados.

Com a ajuda do coordenador do PSF, foi realizada a seleção de dez profissionais, dentre os 132 ACS do Município, com maior tempo de atuação como Agente Comunitário de Saúde, independentemente de pertencer ao PACS ou PSF. O tempo de pertencimento ao Programa de Saúde foi o critério definido previamente para incluir os sujeitos na pesquisa.

No primeiro contato com os ACS, a pesquisadora fez o convite aos agentes por via telefônica, ocasião em que já se estabeleceu o início dos contatos e foi marcado o primeiro encontro. Todos os ACS contatados aceitaram o convite, mas solicitaram a autorização da enfermeira da Unidade à qual estivessem vinculados. Houve o maior cuidado por parte da pesquisadora para que os ACS fossem liberados de suas atividades sem prejuízo profissional algum. Essa fase de estabelecimento de contato com os sujeitos da pesquisa aconteceu no mês de janeiro de 2007.

3.3 Análise dos dados

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de oportunidades aplicado a um campo muito vasto: as comunicações (BARDIN, 1977).

A análise de dados desta pesquisa será embasada em Bardin (1977), pela qual se procuram encontrar padrões ou regularidades nos dados e, posteriormente, alocá-los dentro desses padrões por meio do exame de porções do texto inter-relacionados, com a revisão da literatura. A autora mencionada assinala três etapas básicas no trabalho com a análise de conteúdo intitulada de análise temática.

A primeira fase refere-se à pré-análise, que consiste na organização do material coletado para análise, ou seja, transcrição do material coletado e organização dos diários de observação. Constitui-se, dessa forma, o *corpus* da pesquisa, que são documentos representativos e pertinentes à investigação.

Na segunda etapa, realiza-se a exploração do material, a qual começa na pré-análise e destina-se a submeter o *corpus* a um estudo aprofundado, realizando uma leitura exaustiva do material organizado. Nessa fase, também é realizada a decomposição do material coletado em unidades de significado e posterior agregação dessas unidades em temas e/ou categorias que emergirão do conteúdo dos dados coletados.

Após a descrição dos núcleos de significados identificados e categorizados durante a exploração do material, passa-se à terceira fase: interpretação e discussão dos resultados da pesquisa de acordo com o referencial teórico adotado.

3.4 Aspectos éticos

Conforme os princípios éticos previstos na Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, o projeto de pesquisa será submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Para a realização da pesquisa, será esclarecido aos participantes que se trata de um estudo, direcionado para a obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Serão esclarecidos os objetivos, a finalidade e a metodologia do estudo.

Dessa forma, procurou-se assegurar e valorizar uma condução ética, durante todo o processo da pesquisa, baseando-se na resolução nº196/96, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre normas que regulamentam as pesquisas realizadas com seres humanos. Segundo essas normas, as pessoas que participam da pesquisa devem querer participar, devem estar devidamente esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos utilizados.

Será garantida aos indivíduos a privacidade dos dados obtidos. Aos participantes serão garantidos o anonimato, o livre acesso dos dados, a liberdade de desistência no momento que desejarem, sem que isso traga

qualquer prejuízo ao participante do estudo, e a solicitação de consentimento da divulgação dos resultados encontrados.

A participação na pesquisa se dará a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este Termo é elaborado em duas vias. Uma via permanece de posse da pesquisadora e a outra é dada ao entrevistado.

Ao término da pesquisa, os resultados serão apresentados à equipe de profissionais do PSF e aos sujeitos da pesquisa.

Os resultados da pesquisa terão como finalidade a elaboração de artigos que serão, posteriormente, divulgadas em revistas de cunho científico, apresentações em congressos e debates com grupos específicos.

4 CRONOGRAMA

Revisão do referencial teórico	Maio de 2006
Elaboração do projeto de pesquisa	Junho de 2006
Conclusão do projeto de pesquisa	Agosto de 2006
Apresentação do projeto para qualificação	Setembro de 2006
Encaminhamento do projeto aos comitês de ética	Novembro de 2006
Pesquisa de campo	Janeiro de 2007
Análise de dados	Março de 2007
Elaboração do artigo	Outubro 2007
Defesa da dissertação	Dezembro de 2007

5 - ORÇAMENTO

Material de consumo	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Pacote de 500 folhas A4	3 pacotes	12,00	36,00
Canetas	4 unid.	4,00	4,00
Cartucho impressora jato de tinta	2 unid.	98,00	196,00
Fitas K-7	20 unid.	6,00	120,00
Pilhas	20 unid.	3,00	60,00
Combustível	200 litros	2,75	550,00
Disquetes	10 unid.	1,00	10,00
Total do material de consumo			976,00

Material Permanente	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Gravador	1 unid.	80,00	80,00

Serviços	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Internet	10 meses	89,00	890,00
Xerox	500 cópias	0,10	50,00
Telefone	100 minutos	0,30	30,00
Vale	20	1,80	180,00

transporte	passagens		
Encadernação	4 encadernações	7,00	28,00
Total dos serviços			1.258,00

Custo Total da Pesquisa	Subtotal	10% imprevistos	Total
Material de consumo	976,00	976,00	976,00
Material permanente	80,00	8,00	88,00
Serviços	1.258,00	125,80	1.258,80
Total de materiais e serviços de verba para a pesquisa			2.322,00

Os custos para a realização desta pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora.

RELATÓRIO DA PESQUISA

6.TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

6.1 Coleta de dados

A técnica para a coleta de dados desta pesquisa consistiu em grupo focal, que vem sendo utilizado e foi validado como estratégia para a coleta de dados em pesquisa.

A realização de um grupo focal compreendeu uma seqüência de encontros com uma temática delimitada a *priori*. Pretendeu-se, inicialmente, realizar cinco encontros, nos quais se desenvolveram as seguintes etapas:

- Apresentação;
- Integração;
- Identificação de necessidades;
- Reflexão e problematização;
- Debate sobre perfil, formação e capacitação do ACS e encerramento dos encontros.

O primeiro encontro, chamado de Apresentação, teve por objetivos o conhecimento entre os participantes e a criação de vínculo entre a pesquisadora e o grupo pesquisado por meio de dinâmica de grupo. Esse foi o momento para esclarecimentos sobre a pesquisa e para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os encontros com o grupo pesquisado ocorreram nas quartas-feiras após as reuniões de equipe nas dependências do Colégio Gandhi. Os encontros ocorreram em uma seqüência de uma vez por semana, com duração de aproximadamente uma hora e meia.

O segundo encontro, intitulado Integração, vincula-se ao primeiro objetivo da pesquisa, no qual se pretendeu conhecer os participantes e a forma de integração do ACS com a comunidade e a equipe, bem como a maneira do agente de tecer o vínculo com as famílias. Houve um cuidado

por parte da pesquisadora para que todos os participantes interagissem nas discussões e trouxessem suas experiências.

O terceiro encontro, denominado Identificação de necessidades, pretendeu atender o segundo objetivo da pesquisa, que foi o de conhecer as estratégias do ACS para identificar as necessidades da comunidade e verificar se essas estratégias são realmente adequadas.

O quarto encontro, chamado de Reflexão e problematização, teve como foco central instigar os participantes a falarem e repensarem suas práticas, problematizarem entre o ideal e a realidade que vivem. Buscou-se trazer à tona a importância da profissionalização dessa categoria e verificar se realmente o ACS exerce o papel de tradutor das necessidades da comunidade. Esse encontro pretendeu responder ao terceiro objetivo: identificar como o ACS exerce seu papel de tradutor das necessidades da comunidade junto à equipe profissional.

O quinto encontro, além da conclusão dos trabalhos, também foi a oportunidade de provocar uma reflexão com os ACS sobre: perfil, formação e capacitação, bem como identificar como os agentes avaliam sua preparação/capacitação para atuar na comunidade e na equipe de PSF – se eles se consideram aptos ou necessitariam de mais conhecimentos para exercerem suas atividades. Essas discussões acerca da aptidão do ACS contemplaram o quinto objetivo da pesquisa: discutir a verdadeira aptidão que o ACS deve desenvolver para atuar no PSF.

Os dados foram gravados, com autorização dos participantes, e imediatamente transcritos. A transcrição ocorreu logo após a coleta, para que diminuísse o risco de distorção dos dados (MINAYO, 2000).

Em função da realidade profissional na qual o ACS está inserido, optou-se trabalhar com Grupo Focal, por acreditar-se que as informações coletas já passariam *a priori* por um filtro natural, que é o próprio grupo. Para a realização desta pesquisa, foram ouvidos dez ACS do Município de Santa Maria, os quais atendiam aos critérios de inclusão neste estudo, quais sejam: estar vinculado a uma Unidade de Saúde, atuar como ACS e ter maior tempo de serviço. Os agentes selecionados atuam há de dez anos, seis anos e quatro anos.

Conforme Minayo (2006), a pesquisa qualitativa não usa como norma a amostragem numérica, e sim a capacidade de refletir o contexto em suas múltiplas dimensões. Assim, na abordagem qualitativa, a escolha dos sujeitos é intencional, em virtude do objeto de estudo; consideram-se as informações recorrentes, porém não se ignoram informações ímpares importantes e com potencial explicativo. Dessa forma, entende-se como fundamental a diversidade de informações, possibilitando a apreensão de semelhanças e diferenças. Deve haver preocupação em escolher o local e o grupo a ser pesquisado, que tem as características que se pretende conhecer com a pesquisa. Nesta proposta de pesquisa, pretende-se identificar o perfil e a profissionalização adequada do ACS para atuar no PSF.

Na presente pesquisa, observou-se a metodologia que até então foi explicitada e, por isso, todo o processo de coleta de informações foi realizado pela pesquisadora, desde o contato com a Secretaria de Município da Saúde até o tratamento e a análise dos dados. Os registros observados durante os cinco encontros foram feitos no diário de campo. Este foi utilizado para descrever as observações feitas pela pesquisadora, as reações dos pesquisados e o não-verbal detectado no contexto da pesquisa. As narrativas eram gravadas procurando-se não afetar a espontaneidade dos interlocutores.

No dia da primeira reunião com o grupo, conforme agendado previamente, explicou-se detalhadamente no que consistia a pesquisa, realizou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitou-se autorização para gravar os relatos em fita K-7. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS (Resolução n. 066/2004).

Não houve recusa ou constrangimento quanto à utilização dessa forma de registro. Procurava-se deixar o aparelho gravador fora do raio de visão dos pesquisados, com o intuito de não desviar a atenção do relato e evitar acanhamento. Durante esse primeiro contato, procurou-se deixar o grupo à vontade para que houvesse troca de experiências, vivência e entrosamento entre os participantes. Essa primeira etapa transcorreu num clima de muita tranquilidade. Ao explicar ao grupo o motivo da pesquisa, pôde-se observar a satisfação dos participantes em direcionar um trabalho científico a uma categoria

cujos integrantes se sentem, contraditoriamente, importantes, porém esquecidos. Importantes, porque os próprios ACS sabem que fazem a diferença dentro da comunidade; no entanto, a sensação de esquecimento aflora, muitas vezes, quando são colocados à parte em reuniões dentro da própria equipe.

Procurou-se, durante todos os encontros, criar um clima agradável e acolhedor. A pesquisadora organizava, para cada reunião, lanches ou chimarrão com o intuito de integrar cada vez mais o grupo. As reuniões duravam, em média, uma hora e meia, e o seu enredo se desenvolvia por etapas. Um clima de integração e de reconhecimento permeou o primeiro encontro. No segundo encontro, o assunto em pauta foi a integração do ACS com a comunidade e a equipe de saúde.

No terceiro encontro, todos os participantes da pesquisa estavam bem mais à vontade. Não raro a pesquisadora intervinha, porque, em alguns momentos, mudava-se o foco das discussões – o qual, nesse encontro, era como o agente identifica as necessidades da comunidade e quais as estratégias por ele usadas para conseguir seus objetivos.

No quarto encontro, foi discutida a importância da profissionalização do ACS. Pode-se dizer que esse assunto foi polemizado. Já o último encontro com os sujeitos da pesquisa foi um momento de reflexão sobre o perfil, a formação e a capacitação do ACS. O grupo estava no ápice da integração e muito propício a trocas.

No decorrer das coletas de informações, iniciou-se a transcrição das fitas gravadas, na íntegra, preservando todos os detalhes das falas. Esse procedimento foi realizado pela própria pesquisadora, por causa da proximidade que teve com os relatos e com o contexto em que aconteceram. Conforme Thompson (2002), a pessoa que grava a fita é a mais capacitada para garantir a precisão da transcrição.

As falas dos sujeitos da pesquisa, complementadas com os registros do diário de campo, compuseram a base para a etapa posterior da pesquisa.

6.2 Método de análise e interpretação das falas

Após a familiarização com as informações compiladas durante e depois da pesquisa de campo, iniciou-se a análise e a interpretação do material disponível para ser explorado.

Optou-se pela forma de “análise de conteúdo” e, após exaustiva leitura das informações, entendeu-se como mais adequada a técnica de análise de conteúdo temática (BARDIN, 1979; MINAYO, 2006).

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo pode ser definida como

um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimento relativa às condições de produção / recepção destas mensagens (1977, p. 42).

A técnica de análise de conteúdo temático, utilizada para a análise e interpretação das informações desta pesquisa, consiste num feixe de relações, podendo ser apresentado por uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 2006). Conforme Bardin (1977, p. 105), “o tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. A análise temática consiste em descobrir núcleos de sentido ou unidades de significado pertinentes ao objeto de análise em questão (MINAYO, 2006).

A análise do material iniciou-se com a leitura flutuante das falas, a fim de deixar-se impregnar pelo conteúdo. Em segundo lugar, ordenou-se o material, observando algumas normas de validade, como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. A seguir, começou-se a determinação das unidades de registro, que deram origem aos temas a serem analisados e trabalhados (MINAYO, 2006).

Com a decodificação das unidades de registro, emergiram categorias a serem exploradas e discutidas no decorrer deste relatório.

As categorias são: integração, adaptação e perfil e profissionalização. A integração é o tema que possibilita conhecer como se dá o relacionamento interpessoal com a equipe de saúde. A adaptação traz as relações entre o agente e a comunidade. Já o perfil e a profissionalização traz à tona a capacidade que o agente tem em responder às demandas da comunidade dentro da expectativa do perfil profissional que lhe é imposto. Essas categorias formaram o referencial de codificação com o qual a fala dos sujeitos do grupo focal foi analisada. Esses sujeitos, pela peculiaridade da sua ação, foram denominados nesta pesquisa, metaforicamente, como pássaros.

6.3 Conhecendo os sujeitos da pesquisa

O grupo pesquisado foi formado por dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que integram o Programa Saúde da Família (PSF), localizado no Município de Santa Maria-RS.

O referido grupo se caracterizou pela heterogeneidade de suas relações loco-regionais. Seus componentes trocaram vivências e experiências sociais e profissionais. Em relação a essa aproximação com as experiências sociais dos sujeitos da pesquisa, Martinelli (1999, p. 22-23) refere que:

[...] essas pesquisas partem do reconhecimento da importância de se conhecer a experiência social do sujeito e não apenas as suas circunstâncias de vida. Pois, as circunstâncias de vida configuram um tipo de fenômeno – o modo de vida [...]. O conhecimento da experiência social do sujeito envolve, portanto, seus sentimentos, valores, crenças, costumes e práticas sociais cotidianas.

Como os passarinhos, o ACS também é um polinizador; seu pólen é a informação, a prevenção e a propagação do autocuidado, o que, com muita dedicação, vai sendo disseminado de casa em casa. Por isso, nesta pesquisa, cada um deles foi caracterizado com nomes de pássaros, mantendo-se em sigilo

seus nomes verdadeiros, em conformidade com a proposta ética desta pesquisa. São eles:

Beija flor, sexo feminino, 43 anos, viúva, mãe de dois filhos, é ACS há sete anos. Realizou o Curso Técnico de Enfermagem. Como profissional atuante no Programa Saúde da Família, define-se como responsável pelo que faz. Além disso, considera-se muito ativa e tenta adequar a teoria à realidade em que vive com o respaldo da Unidade de Saúde à qual está vinculada.

Canarinho, sexo feminino, 33 anos, casada mãe de quatro filhos, concluiu ensino médio. Atua como ACS há três anos, gosta muito do que faz e acredita que se entrega totalmente à profissão.

Pica-pau, sexo feminino, 45 anos, casada, mãe de dois filhos, concluiu o Curso Técnico de Enfermagem e está cursando Pós-técnico em Saúde Pública. Atua como ACS há nove anos, iniciou no PACS e, atualmente, está no PSF. Define-se como dedicada e afirma que gosta do contato com o povo.

Andorinha, sexo feminino, 35 anos solteira, mãe de uma filha, concluiu o ensino médio e atua no PACS há sete anos. Como profissional, faz o possível para ajudar a comunidade.

Pardal, sexo feminino, 45 anos, casada, dois filhos, realizou o Curso Técnico de Enfermagem e atua no PACS há onze anos. Define seu trabalho como “Presente de Deus”.

Cardeal, sexo feminino, 42 anos, solteira, realizou o Curso Técnico em Enfermagem e cursa o Pós-técnico em Saúde Pública. Atua no PACS há quatro anos. Define-se como amiga da comunidade e acredita que essa é a melhor maneira de ter contato com a população.

Colibri, sexo feminino, 48 anos, casada, tem dois filhos, cursou o terceiro grau completo. Trabalha como ACS há oito anos e define-se realizada na profissão de ACS.

Rouxinol, sexo feminino, 36 anos, casada, mãe de um menino, atua como ACS há sete anos. Como profissional, define-se como pontual, séria e persistente.

Sabiá, sexo feminino, 34 anos, casada, não possui filhos, mas afirma que a comunidade representa os filhos que não teve. Tem 8 anos de experiência como ACS .

Periquito, sexo feminino, 40 anos, casada, mãe de dois filhos, tem experiência como PACS/ACS há 11 anos. Como profissional, define-se como integrada à comunidade e afirma não saber fazer outra coisa além de ser Agente de Saúde.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na discussão dos resultados deste trabalho, explicitam-se os temas para melhor compreender os nexos existentes entre eles. O material que passa a ser analisado refere-se às falas dos agentes participantes do grupo focal. O primeiro tema é a integração com a equipe. Em seguida, discutem-se as relações do agente com a comunidade. A partir desses temas, é possível identificar-se um perfil dos agentes comunitários, visto que o grau de interação do agente com a equipe determina sua ação. Além disso, a aceitação pela comunidade e a sua adaptação relacionam-se com a autonomia do profissional para que este seja capaz de, ao observar situações, identificar os caminhos que deve escolher para melhor atender às expectativas que a população tem referente ao seu trabalho.

7.1 Integração ACS – Equipe

Ao se estudar a palavra “integração” em saúde, emergem dois sentidos que se complementam. Um é a tipologia de trabalho em equipe, que exige reciprocidade entre os sujeitos envolvidos nas ações. Para Crevelim & Peduzzi (2007, p.325), o “trabalho em equipe pressupõe a interação entre as pessoas envolvidas, que se posicionam de acordo para coordenar seus planos”. Essas autoras destacam que, em função da peculiaridade das atividades de saúde desenvolvidas no PSF, exige-se um elenco diversificado de trabalhadores. Na equipe, há médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Nesse sentido, os profissionais da equipe são, segundo Peduzzi (2001, p. 104),

apreendidos no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação

de um objeto em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico.

Nesse contexto, considerando-se o perfil do agente comunitário definido pelo programa, há consenso em caracterizar o ACS como um canal de comunicação entre a comunidade e a equipe de saúde como um todo. Pode-se dizer, pelo menos no aspecto formal e legal, que o agente deveria funcionar como elo entre a comunidade e a equipe de saúde, porque está em contato permanente com as famílias, o que facilitaria o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. Porém, essa questão, na prática, não surge como resolvida, tanto que, no grupo focal formado para o presente estudo, ocorreu manifestação a respeito. Rouxinol questiona: “como podemos desempenhar o papel de elo de ligação se não temos formação para isso?”. A formação referida nesse caso é a técnica, item ressaltado pelos agentes e ponto de preocupação para eles.

Percebe-se, no trecho acima, que o agente compreende que suas atribuições estão além do seu saber popular e do pertencimento à comunidade. Sua atividade precisa unir dois mundos distintos, o da equipe, que envolve o conhecimento científico, e o da comunidade, com seu falar próprio, cultura e costumes. Frente a isso, a integração do ACS na equipe multiprofissional é importante, porque sua atividade o transforma em mediador, ponte entre os profissionais e a comunidade.

No entanto, como destaca Nunes et al. (2002, p. 1641), o processo de integração “gera ansiedade quando o ACS compara o seu conhecimento com o de outros profissionais da equipe. Isso lhes conduz, por vezes, a uma insatisfação quanto à irregularidade ou insuficiência da educação que recebem”, como se evidenciou na fala de Rouxinol, reproduzida acima.

Por outro lado, a integração pode ser indicada como uma forma política que visa agregar as minorias sociais (sejam elas de gênero, étnicas ou culturais) às ações de políticas públicas mais amplas, que pretendem garantir direitos, no caso específico a saúde, definida pela Organização Mundial de Saúde não só como a ausência de doenças, mas também uma situação de bem-estar, físico, social e mental (TRAD e BASTOS, 1998).

Para que haja efetividade do sentido exposto, o trabalho cotidiano dos sujeitos da equipe de saúde precisa apoiar-se nos seguintes critérios, conforme aponta Peduzzi (2001): a comunicação entre os agentes do trabalho, a articulação das ações, o reconhecimento das diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, o questionamento das desigualdades estabelecidas entre os diversos trabalhos e o reconhecimento do caráter interdependente da autonomia profissional. Conforme esses critérios, na equipe, vai sendo estabelecido um consenso, em torno do qual os diferentes profissionais executam suas atividades especializadas e integradas aos demais.

Dois pontos são importantes para destacar esses critérios: as diferenças técnicas entre os trabalhadores e a autonomia. As diferenças técnicas, segundo Peduzzi (2001, p. 108),

expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. Os profissionais de saúde destacam a necessidade de preservar as especificidades de cada trabalho especializado, o que implica manter as diferenças técnicas correlatas.

As diferenças técnicas, nesse sentido, podem ser o fator que amplia a possibilidade de universalização do atendimento, visto que cada membro da equipe multiprofissional estará capacitado para analisar as situações que se apresentem no cotidiano de uma forma total, apreendendo as diversas dimensões que podem surgir a partir de uma dada situação. No caso específico do agente comunitário, isso se relaciona com o potencial que ele possui em decodificar as necessidades da população e traduzi-las à equipe ou dar o encaminhamento adequado sem o enviar à unidade de saúde, isto porque, como indica Beija-Flor, às vezes, “os ACS resolvem os problemas sem chegar à unidade. A demanda da unidade é muito grande, às vezes, não se consegue falar com a equipe. Temos que resolver os problemas sozinho”.

A fala acima não só corrobora a importância da diversidade de conhecimentos na equipe multiprofissional, mas também ressalta o segundo aspecto que se destaca da integração: a autonomia profissional, compreendida como a esfera de liberdade de julgamento e de tomada de

decisão frente às necessidades de saúde dos usuários. Segundo Peduzzi (2001), esse conceito é importante, porque não é possível desenhar um projeto assistencial que já seja definitivo e único antes de sua implementação. As variadas autonomias dirão respeito à maior ou menor autoridade profissional, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida. Essa questão é referida na manifestação de Andorinha: “o ACS atingiu certo grau de autonomia que, muitas vezes, por questões burocráticas, dispensam o falar com outros profissionais”.

O destaque da autonomia profissional relaciona-se à esfera de liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários.

Ao observarem-se as falas dos sujeitos de pesquisa, fica claro que, no trabalho em equipe, é importante conhecer como cada profissional conjuga sua atividade no âmbito individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Em uma equipe multiprofissional, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, à consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (CIAMPONE e PEDUZZI, 2000).

Com base nesses pressupostos, e trazendo a experiência do trabalho dos ACS em relação à equipe, um risco potencial é que sejam mantidas as relações de poder que “engessam” o trabalho coletivo. Além disso, a partir da fala de Pica-pau, “quando tem alguma reunião é mais para os médicos e enfermeiros”, evidencia-se que o trabalho da equipe está carecendo de integração e atividades que lhe confirmam unidade, de espaços de controle do processo de trabalho com vistas ao cumprimento de sua integralidade, tal como recomendam Peduzzi e Palma (1996).

Também se observou que os agentes têm dificuldade na integração dentro da equipe. Isso se dá em função da falta de reconhecimento, como foi apontado por Andorinha: “há uma falta de reconhecimento do ACS”.

Por outro lado, a interação entre agente e equipe pode não estar se efetivando, porque não se definiu completamente o papel desse novo

profissional dentro da equipe, ou, ainda, porque se ampliaram suas funções, sem que tenha sido trabalhado o perfil juntamente com a formação do profissional do agente comunitário de saúde, quando se modificaram as atribuições do sistema de saúde como um todo. Pardal destaca, especificamente, que alguns profissionais “não entendem o papel do ACS na equipe”. A partir disso, pode-se questionar: o não reconhecimento se dá pelo perfil do agente, relacionando isso à formação adequada para integrar a equipe, ou pela não legitimação da necessária diversidade profissional que caracteriza a formação de uma equipe de saúde?

Outras questões destacadas das falas dos agentes no grupo relacionam-se com o caráter não resolutivo das reuniões da equipe. Canarinho diz: “Percebo, muitas vezes, que as reuniões de equipe não são resolutivas”. Pardal ressalta: “sinto-me desamparada pela equipe [...] Muitas vezes, os ACS resolvem os problemas sem levar à unidade, pois a demanda é muito grande. Às vezes, não se consegue falar com a equipe e tem-se que resolver os problemas sozinhos”.

A fala acima corrobora a importância da diversidade de conhecimentos na equipe multiprofissional, mas também ressalta o segundo aspecto que se destaca da integração, que se refere à autonomia profissional, compreendida como a esfera de liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários.

Dessa forma, é possível visualizar certa precarização do trabalho do ACS, pois, se de um lado o trabalho dos agentes em vários municípios do país confere-lhes respeito e legitimação da população, do outro há incertezas em relação ao seu reconhecimento, direitos e credibilidade por alguns membros da equipe.

Finalmente, indica-se a questão da autonomia, pois, como explica Colibri: “trabalho há mais de seis anos como ACS e sinto que na época do PACS nós tínhamos mais liberdade. Com o PSF estamos presos a regras”. O que se percebe da fala de Colibri é que houve uma redução da liberdade de atuação do ACS, da autonomia com a comunidade. Todavia, a autonomia, segundo Peduzzi (2001, p. 108), “é necessária no trabalho em saúde para o conjunto dos

trabalhos especializados, e sua abrangência difere dependendo da legitimidade técnica e social do saber operante que fundamenta a ação”.

Quanto à integração do agente/equipe, houve apenas uma manifestação de efetividade nessa relação. Andorinha aponta: “posso contar com a equipe que trabalho; lá todo mundo é colega e se dá muito bem. Não tem essa de ter formação ou não, todo mundo é igual”. Essa fala evidencia a equidade nas relações e aponta para a superação do controvertido debate da formação do profissional agente comunitário de saúde (Diário de campo da pesquisadora).

A indicação positiva do relacionamento do agente traduzida na fala acima é corroborada por Dalmaso (2002). Segundo a autora, o ACS é uma identidade em construção, reconhecido como profissional da saúde, faz parte da equipe, mas não tem uma formação específica e também não pertence a nenhuma categoria profissional.

Evidencia-se da análise das falas apresentadas acima que a integração acontece, mas não de forma ampla, visto que, em algumas situações, não há o reconhecimento do agente por parte da equipe, ou, em outros casos, não se compreende o seu papel na equipe. Isso ocorre devido ao problema ocorrido a partir das mudanças na política pública do país: ampliaram-se as atribuições e as expectativas frente à celeridade do agente, sem instrumentalizá-lo de forma condizente com o trabalho que passou a realizar.

Essa falta de integração efetiva resulta que o agente se percebe como elo integrador, mais para a comunidade do que para a equipe, em função da identificação que há, dele com a comunidade. Isso indica que o perfil profissional deve ser construído mais pela relação que se estabelece entre o agente e a comunidade. A razão disso é o fato de a perfeita interação na equipe ter por ênfase a conjugação entre formação técnica e o envolvimento com a comunidade, que vai além do conhecimento científico que qualquer pessoa pode adquirir.

7.2 Relações com a comunidade

A adaptação com a comunidade é outro ponto importante que emergiu dos dados coletados no grupo. Nessa categoria, discutem-se a percepção e a ação dos ACS frente à comunidade para interar-se, porque, embora morem no local de atuação, a relação que precisam estabelecer como agentes é bem diverso daquela que desenvolvem como morador. Há nas falas manifestações que indicam o quanto sua percepção da comunidade não alcançava o todo, como se observa no que diz Rouxinol: “Eu não sabia o quanto era difícil a minha comunidade. Demorei três anos para entrar dentro da casa de uma família. Durante este tempo a dona da casa só me recebia no portão”.

A dificuldade relacionada à comunidade surge não porque o agente não é capaz ou não se integra totalmente. Há outro ponto referente ao desconhecimento do trabalho do agente na comunidade. Muitas pessoas do local não sabem ou não compreendem qual é o papel daquele sujeito na comunidade. Como destacou Periquito: “no início foi muito difícil a integração e adaptação com a comunidade, porque eles não sabiam o que era o ACS” (Diário de campo da pesquisadora).

As manifestações acima evidenciam resistência à atuação do ACS na comunidade, o que pode acontecer muito em função das estratégias utilizadas pelo agente para desenvolver seu trabalho. Nunes et al. (2002, p. 1642) destaca que

essa resistência pode manifestar-se, seja de forma a simplesmente não adotar esses comportamentos propostos, até formas de oposição deliberada, manifestada pela recusa em receber membros da equipe no domicílio. Os casos de resistência traduzem muitas vezes, a idéia de que as pessoas estão se sentindo desvalorizadas na sua forma de ser, ou revelam que não existe um verdadeiro diálogo entre o saber popular e o saber médico que permita refletir acerca das lógicas próprias que os subsumem, e identificar como ambos contribuem para o bem estar das pessoas.

Portanto, o fato de o agente viver na comunidade e ser conhecido não garante a integração necessária para desenvolver um trabalho que objetiva a

integralidade da relação. Segundo Periquito, é necessário envolvimento. Segundo ela, “Para ser ACS precisamos participar e estar envolvidos com a comunidade”.

O envolvimento configura-se como problemático, porque, muitas vezes, o profissional não está preparado para decodificar as demandas da comunidade. Como afirma Sabiá: “Alguns profissionais não têm perfil para atuar com a comunidade”.

A questão da adaptação à comunidade configura-se como fundamental, a partir do momento em que se resgata a definição de Agente Comunitário de Saúde, indicada pelo Ministério da Saúde:

[...] um elo cultural do SUS com a população, fortalecendo o trabalho educativo e seu contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da saúde. Sua inserção na comunidade permite que traduza para as USF a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites, bem como identifique parceiros e recursos existentes que possam ser potencializados pelas equipes [...] (BRASIL, 2005, p. 24).

Nesse sentido, o ACS funciona como elo entre a comunidade e a equipe de saúde. O papel social do ACS junto à população se legitima pelo grau de integração com a comunidade. Para Nunes et al. (2002, 1641),

a escolha de residentes dos próprios bairros de atuação da equipe de saúde da família para desempenharem o papel de agentes comunitários tem por finalidade, entre outras, o aumento da eficácia das ações de educação para a saúde. Esse aumento da eficácia deve-se ao fato dessas pessoas compartilharem um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo lingüístico. Essa partilha facilitaria a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no adoecimento das pessoas do bairro, assim como, o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no âmbito da adesão às recomendações médicas.

Essa realidade aparece quando a ACS reconhece a dificuldade de entrar em contato com a sua comunidade, pois o próprio desconhecimento da profissão de agente torna-se obstáculo. Isso fica evidente na fala de Sabiá: “Alguns profissionais não têm perfil para atuar com a comunidade, chegam no

bairro para fazer a visita e, às vezes, nem descem do carro, ficam nos esperando lá mesmo”.

O destaque acima é importante, porque se sabe que a saúde da família se abre não somente para um trabalho técnico hierarquizado, mas também para um trabalho com interação social, com maior horizontalidade e flexibilidade, possibilitando mais autonomia, integração e criatividade dos agentes (TRAD, 1999).

Nesse sentido, o ACS é tido como um racionalizador da demanda, com um papel na atenção a uma parte das necessidades de saúdes locais e com uma função educativa que possibilita tanto um autocuidado mais informado, como uma melhor utilização dos serviços existentes, contribuindo para a melhoria da saúde e para o desenvolvimento social (BRASIL, 1998).

Durante os cinco dias de encontros com os ACS proporcionados por esta pesquisa, pôde-se observar que o processo de adaptação com a comunidade, muitas vezes, é lento, porém tranqüilo. Entretanto, é fator preocupante a falta de preparação dos agentes para atuar com a população, como fica evidente no depoimento de Colibri: “ainda não sei como trabalhar com os valores das famílias”.

Com a ampliação do PSF no Brasil, os agentes de saúde assumiram mais responsabilidades. De fato, esperava-se dele o papel de agente transformador, conferindo a seu trabalho certa complexidade, por fazer uma síntese entre a dimensão social e humanitária, por meio do saber prático (MENDONÇA, 2004). Portanto, essa temática mais íntima, de que inevitavelmente os agentes participam dentro das comunidades, torna-se difícil de administrar, pois há um envolvimento além de profissional; há também envolvimento pessoal nessas questões interpessoais. O perfil do agente deve considerar uma perspectiva relacionada a percepções e sensibilidades, características que exigem um conhecimento abrangente, além daqueles trabalhados na área da saúde, ou seja, o agente precisa demonstrar que tem uma visão macro de sua comunidade.

7.3. Perfil, profissionalização e “algo mais”.

A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2003b).

Segundo Dalmaso (2002), o ACS atuante em grandes centros não era, a princípio, um profissional em sentido estrito, pois não dispunha de um saber específico ou auferido por instituição reconhecida que orientasse o seu desempenho. Assim, seu exercício profissional mostrou-se fortemente condicionado pelo contexto em que se realizava o trabalho. Ele se percebia e era percebido como conhecedor da população, organizador do acesso ao serviço de saúde, vigilante de riscos e controlador.

A profissão de ACS foi criada pela Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002, e seu exercício dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob a supervisão do gestor local em saúde. Conforme o artigo terceiro da Lei que regulamenta a profissão do ACS, o agente de saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:

- I - residir na área da comunidade em que atuar;
- II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;
- III - haver concluído o ensino fundamental (Lei n. 10.507/2002).

Embora essas atribuições estejam bem definidas, o que não ocorre na prática, ainda, é um trabalho sistemático de atualização com esses profissionais para que eles possam estar atendendo a grande demanda que é o PSF. Canarinho aponta: “quando eu fazia parte do PACS, eu me sentia mais livre para agir, parece que agora estou presa a regras em excesso e praticamente sem nenhuma orientação para esse novo agir em saúde pública”.

O desabafo de Canarinho vem ressaltar as questões burocráticas, que muitas vezes não contribuem para atuação em Saúde da Família, porque, como se verifica no cotidiano, o trabalho do agente apresenta complexidades que

extrapolam essas exigências básicas. A qualificação é um ponto de preocupação dos agentes, como se evidencia na fala de Canarinho, quando afirma: “o que nos falta é embasamento teórico para informar a população”.

O processo de profissionalização dos ACS leva em consideração as novas perspectivas delineadas para a educação profissional no Brasil (Lei Federal n. 9.394/96), que aponta para a elevação da escolaridade e para uma concepção de formação (BRASIL, 2004). O Ministério da Saúde propôs, mediante o Decreto Federal n. 5.155/2004, o Programa de Formação do Técnico de Agente Comunitário de Saúde. O programa prepara os agentes para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes do Programa Saúde da Família, que desenvolvem ações de cuidados e proteção à saúde da comunidade.

Todavia, o que se manifestou na prática são indicações de que o programa de formação não se efetivou, conforme se depreende das falas dos participantes desta pesquisa:

Rouxinol – Desde 2004 não há evento em relação à capacitação para os ACS pela SMS.

Sabiá – Sempre houve educação continuada, agora desde 2004 não ocorre eventos deste tipo.

Canarinho – Os últimos ACS que entraram não receberam a capacitação que deveriam e estão despreparados.

As manifestações acima denotam que o desafio de preparar profissionais adequados às necessidades do SUS implica, dentre outras mudanças, profundas alterações na forma de organização da formação desses profissionais. A busca de alternativas que propiciem a construção de programas de ensino que possibilitem maior conformação aos desenhos de organização da atenção à saúde proposta nacionalmente leva à incorporação do conceito de competência profissional, cuja compreensão passa necessariamente pela vinculação entre educação e trabalho. Segundo Silvia & Dalmaso (2002, p. 78), é necessário que,

face o novo perfil de atuação para o agente comunitário de saúde, sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica que os programas de capacitação desses trabalhadores devam adotar uma ação educativa crítica capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas,

tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções.

Como ressaltam Almeida & Mishima (2001, p. 151), a definição de um perfil mínimo para atuação e o elencar de atividades e funções “não é suficiente para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania”. O ACS que se busca é aquele que desenvolva capacidade de ação diante dos acontecimentos, e suas habilidades devem incluir reflexão, sensibilidade, compromisso e reconhecimento de si como construtor do conhecimento, compreendendo, dessa forma, a importância do processo de interação em equipe de trabalho com os indivíduos, grupos e coletividades com os quais trabalha.

Entre os artigos e documentos revisados, poucas foram as menções feitas às experiências de formação dos ACS. O artigo de Nunes et al. (2002) refere-se à fala dos ACS que, ao comporem a equipe de saúde da família, consideram estar assumindo a responsabilidade de dominar certos conteúdos e práticas referentes à biomedicina. Por meio da formação que recebem, têm um maior acesso ao saber biomédico que, por ser mais valorizado do que o conhecimento popular, lhes conferiria maior prestígio social. Esta seria uma contradição, já que o conhecimento característico do ACS é o saber popular em saúde e o conhecimento sobre a dinâmica social da comunidade onde trabalha.

Os autores fazem, ainda, um questionamento sobre a consciência dos ACS com relação à importância desse conhecimento que lhes é genuíno e sobre o preparo das equipes de saúde da família para incorporar esse conhecimento.

Entre o grupo de ACS pesquisado, a necessidade de receber profissionalização é unânime. Prova disso é que a metade do grupo possui curso técnico de enfermagem ou está cursando, motivado pela profissão de agente comunitário de saúde, como indica Rouxinol:

[...] em busca de maior conhecimento, não queremos exercer um papel que não nos cabe, mas como somos e nos consideram líderes comunitários temos necessidade de adquirir mais e novos conhecimentos.

A fala de Rouxinol aponta para duas perspectivas que caracterizam o perfil do ACS. Nesse particular, é talvez útil imaginar dois tipos ideais, que servem para nortear a discussão e organizar uma realidade muito mais complexa e ainda não mapeada.

O primeiro tipo é um agente de saúde que é visto como um promotor da conscientização, mobilização e organização da comunidade. Assemelha-se ao papel dos membros das Associações de Moradores, embora estas tenham também outras funções. Isso está subjacente nas falas de Pica-pau e Sabiá:: “o ACS é um líder comunitário”; “o ACS para se integrar com a comunidade tem que ser um facilitador”.

Nessa perspectiva, esse agente estaria capacitado para melhor discutir a relação entre os fatores político-sociais mais abrangentes e a saúde (ou falta de saúde). A medida de êxito do seu trabalho seria um maior grau de organização e conseqüente reivindicação de melhorias para a comunidade. Esse perfil propicia que o agente trabalhe, principalmente, em grupos de discussão, dentro da comunidade, a partir de objetivos por ela definidos.

O segundo tipo, em contraste, é um agente de saúde que assume as funções realizadas por várias categorias de profissionais de saúde (curativos, injeções, preparo, vacina, parto, etc.) na ausência destes, ou quando há falta de quadros. A medida do êxito do seu trabalho seriam os atendimentos realizados e seu efeito eventual sobre os padrões de morbimortalidade. Trabalha dentro de um espaço físico construído, principalmente em atendimento individual, a partir de objetivos definidos pela instituição patrocinadora.

Porém, Tomas (2002) afirma que, por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, seu papel tem sido distorcido. Qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade é atribuída ao ACS. Na fala de Pica-pau, esse aspecto fica caracterizado: “Algumas vezes, além de marcar as

consultas, tenho que avisar o dia, senão a pessoa esquece e deixa de fazer a consulta...”.

As indefinições de atribuições e papéis fazem com que os dois perfis acima referidos se confundam em função da característica de atuação do agente ou das necessidades da comunidade, como se observa no fragmento da fala de Andorinha: “As famílias procuram a gente para solucionarmos seus problemas e oferecer para elas algum tipo de atendimento ou encaminhamento, muitas vezes é só para desabafarem sobre algum problema que estão passando [...]”. Isso denota um poder exercido pelo ACS em sua comunidade que, com ou sem capacitação, acaba tentando ajudá-la.

Tomas (2002) aponta a importância de se incorporarem três aspectos bastante relevantes no processo de qualificação e profissionalização dos ACS: o perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e competências que devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional.

Acredita-se que a profissionalização do ACS é de suma importância para as equipes e para a comunidade. Essa profissionalização, acima de tudo, deve estar pautada na realidade de cada comunidade e deve envolver toda a equipe de saúde. Nos relatos de alguns agentes, há profissionais que ainda não entendem o papel do ACS. A questão da profissionalização do ACS é ampla e envolve um grau de complexidade extenso, pois o seu trabalho é dentro da comunidade e, mais especificamente, dentro do domicílio da comunidade.

Então, quando Tomas (2002) propõe trabalhar competências, entende-se que o agente deve ter uma noção de causa, consequência e prevenção. As competências que o autor aponta são: observação, ética, noção de causa e consequência, comunicação, integração, liderança, responsabilidade, autonomia. Essas capacidades deveriam ser desenvolvidas pelo ACS, além do conhecimento técnico, já que a sua atuação se dá de forma bem peculiar, por meio de visitas domiciliares, na comunidade, o que é fundamental para a identificação das necessidades da população a ser atendida.

A Visita Domiciliar (VD) é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Rouxinol destaca: “[...] devemos estar onde a comunidade está [...]”. Nogueira (2002) afirma que, hoje, verifica-se, por meio do ACS, a importância da visita domiciliar, que teve grande influência no passado através das visitadoras em saúde.

Segundo Mattos (1995), a VD, apesar de antiga, traz resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade do cliente e da sua família *in loco*, contribuir para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos cliente-profissional. Para Fabri & Waidman (2002, p. 108),

De todas as atribuições do ACS a de realizar visitas domiciliares é a principal função, e é esta a característica do programa. É nesta visita que se inicia todas as ações desempenhadas pela ESF, é nela que acontece o elo de ligação entre a equipe e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É o elo cultural do ACS com a família que potencializa o trabalho educativo.

Embora as visitas domiciliares sejam uma forma de elencar as necessidades da comunidade, não são o único instrumento. O ACS também participa dos grupos de prevenção à saúde, proporcionados pelas Unidades de Saúde. Essa é uma boa maneira, como indica Canarinho, de “se misturar com a comunidade”. Nessa atividade, fica mais fácil falar dos próprios problemas quando outras pessoas também vivem uma situação parecida. Esse aspecto foi apontado por Pardal da seguinte maneira: “muitas vezes, os problemas aparecem mais em um grupo do que em uma V.D. É o local onde os problemas ficam comuns”.

Além das visitas domiciliares, exige-se que o ACS desenvolva atividades como: cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; identificar áreas de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário; realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica; realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento

mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; estar sempre bem informado e informar aos demais membros da equipe sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras.

Esses profissionais traduzem para a Estratégia Saúde da Família a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; identificam parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe – tudo isso segundo o que indica o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a).

Essas atividades indicam que o profissional tem um papel social junto à comunidade, que lhe permite identificar as prioridades. Para tanto, os ACS pesquisados demonstraram utilizar-se das estratégias que se apresentam na Figura 2.

ESTRATÉGIAS:	
Misturar-se com a comunidade	Resolutividade dos problemas
Saber os limites	Trabalhar com os diferentes valores sem julgar ou criticar
Estar onde a comunidade está	Participar da comunidade

Figura 2 – Estratégias usadas pelos ACS.

As estratégias destacadas acima estão relacionadas à adaptação do agente à comunidade e ao seu grau de resolutividade. Demonstram que se exige um profissional multicompetente, que apresente capacidade e habilidade que lhes garantam iniciativa e autonomia. Isso possibilita a construção de um perfil de profissional por meio de competências, porque, cada vez mais, o agente

precisa demonstrar que tem capacidade para mobilizar um conjunto de recursos, saberes, informações e valores para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações.

Por isso, percebe-se, através deste estudo, que o desafio de preparar profissionais adequados às necessidades do SUS implica, dentre outras mudanças, profundas alterações na forma de organização da formação desses profissionais. Como uma nova prática profissional surge, é interessante que se reflita sobre competência profissional, já que esta é a base para se traçar o perfil profissional.

Para Zarifian (1999), competência profissional significa a capacidade que o indivíduo apresenta para enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com habilidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades. Em função disso, implica a reconceitualização da qualificação profissional, que deixa de ser a disponibilidade de um "estoque de saberes", para se transformar em "capacidade de ação diante de acontecimentos" (ZARIFIAN, 1999).

Essa concepção inclui uma série de sentidos, cujas definições também podem ser explicitadas conforme o que determina o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a):

- **Iniciativa:** capacidade de iniciar uma ação por conta própria, não depender da equipe à qual está vinculado;
- **Responsabilidade:** capacidade de responder pelas ações sob sua própria iniciativa e sob iniciativa de pessoas envolvidas nestas ações;
- **Autonomia:** capacidade de aprender a pensar, argumentar, defender, criticar, concluir e antecipar.
- **Inteligência prática:** capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, colocando-os em ação para enfrentar situações do processo de trabalho.
- **Integração com outros atores:** capacidade e disponibilidade de estabelecer movimentos de solidariedade e de compartilhamento de situações e acontecimentos do trabalho, assumindo co-responsabilidades.

Assim, competência profissional inclui capacidades, atividades e contextos. Trata-se, pois, da combinação de conhecimentos, destrezas, experiências e qualidades pessoais usadas efetiva e apropriadamente em resposta às várias circunstâncias relativas à prática profissional.

Considerar competência, nesses termos, possibilita ao trabalhador conhecer a utilidade e os impactos das ações que realiza, compreender que os grupos sociais não são abstratos ou distantes, que eles têm necessidades e modos de viver, e, sobretudo, compreender a importância do processo de interação em equipe de trabalho com os indivíduos, grupos e coletividades com os quais trabalha. Portanto, já é possível vislumbrar o perfil profissional que emerge na prática dos ACS.

O ACS é considerado um trabalhador que desempenha atividades de relevância pública. A importância do agente no contexto de mudanças das práticas de saúde, no âmbito da mobilização social e integração entre a população e as equipes de saúde, é representada pela sua singularidade profissional que transita entre a assistência social, educação, saúde e meio ambiente.

Dessa forma, o perfil profissional do ACS deve estar pautado em ações que convergem para as competências profissionais, ou seja, uma prática profissional voltada para e com a comunidade e equipe. Por isso, os ACS envolvidos nesta pesquisa foram unânimes ao relatarem que o perfil do ACS deve conter as seguintes características: liderança, dinamismo, visão, responsabilidade, ética, força de vontade, doação. Esses elementos são enfatizados porque os agentes acreditam que é necessário deixar-se envolver pela profissão.

Um dos sujeitos da pesquisa indica esse aspecto com convicção. Para Rouxinol, “um ACS que não se enquadra nestes itens, ele não será um bom profissional ou não irá conseguir ficar muito tempo na profissão”.

Essa dimensão enfatizada pelos ACS indica a percepção de que o trabalho é abrangente e requer sensibilidade. Por outro lado, os profissionais enfatizam a necessidade de conjugar essa dimensão com o aspecto teórico. Essa questão pode ser destacada como um aspecto bastante interessante entre todos os sujeitos da pesquisa. A prova da necessidade que os próprios agentes

sentem em qualificar-se é que todos possuem Curso de Técnico ou Auxiliar de Enfermagem. Andorinha afirma: "minha casa vira extensão da comunidade, então as pessoas procuram esse atendimento individualizado e por que elas confiam em nós, elas sabem que não temos formação específica para isso, mas passamos confiança e amizade".

A percepção de dois aspectos extraídos das falas dos agentes está relacionada ao que Dalmaso e Silva (2002) afirmam quando analisam as propostas de atuação dos ACS. Esses teóricos indicam as duas dimensões que também foram enfatizadas pelos agentes pesquisados – a questão teórica e outra mais abrangente, que pode ser relacionada ao campo da sensibilidade. A fala de Rouxinol, citada acima, indica uma relação de confiança e amizade, e sabe-se que a confiança se estabelece a partir de aspectos humanos, independentes de formação profissional.

A perfeita conjugação entre as duas dimensões requer a atenção redobrada tanto do profissional quanto dos órgãos responsáveis pela formação e profissionalização. Os ACS compreendem que o trabalho cotidiano exige uma constante atualização; por isso, necessitam dos cursos de formação continuada que são ofertados pelas Secretarias de Saúde dos Municípios. Porém, os processos de formação e educação permanente não devem se dar de forma isolada e descontextualizada. Desde a implantação do PSF, constatam-se dificuldades em se traçar o perfil profissional dos ACS, pois se está muito vinculado a uma formação predominantemente baseada em uma atenção hospitalar e centrada na doença, esquecendo-se, muitas vezes, da contextualização dessa formação com o trabalho cotidiano, em que se vivenciam as reais situações das comunidades.

Ressalta-se, por isso, que fazer educação permanente em saúde exige reflexão crítica sobre as práticas de atenção, de gestão e sobre as práticas de ensino, buscando processos educativos aplicados ao trabalho. A educação permanente possibilita a realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2005).

Para Ceccim (2005), a educação permanente em saúde coloca o cotidiano do trabalho e da formação em saúde em análise. É permeada por

relações concretas e possibilita construir espaços coletivos para reflexão e avaliação dos atos produzidos no trabalho. O interesse pela busca de conhecimento é visível nas falas dos ACS e também na sua própria formação, pois a maioria deles fez ou faz curso de aperfeiçoamento e atualização dentro da área da saúde. Pica-pau conta: “Trabalho o dia inteiro como ACS, à noite freqüento um curso de pós-técnico, em uma instituição particular da cidade. Sinto necessidade em aprender mais sobre saúde e outros temas que convivemos no dia-a-dia”. Esse depoimento indica que o agente, embora tenha certas deficiências de retorno às demandas da própria comunidade, no seu cotidiano, está preocupado com a construção de uma atuação que visa ao todo de sua comunidade.

Das observações no campo e do seu confronto com a questão teórica, fica evidente que o marco legal evidencia não só o aspecto técnico da formação dos agentes, mas também o necessário envolvimento do agente com a comunidade. A capacitação foi realizada de forma esporádica durante o processo de implementação e efetivação do PSF, mas, por outro lado, o trabalho diário dos agentes apresenta desdobramentos que o colocam em situações que o instigam a procurar uma formação mais adequada às necessidades que são “cobradas” pela comunidade.

Constatou-se, na pesquisa com o grupo focal, que, devido à grande procura da comunidade pelos serviços de saúde e à morosidade por parte da equipe (que se encontra assoberbada no atendimento) para dar uma resposta às necessidades, acontece, muitas vezes, de o agente se deparar com a necessidade de resolver as questões sem antes passar pela própria equipe. É importante destacar que essa atitude emergiu do grupo pesquisado, visto que a maioria possui mais de cinco anos de função. A larga experiência que possuem esses profissionais não justifica, porém, essa atuação. Isso ocorre porque há um envolvimento do agente com a comunidade, elemento que contribui para uma atuação segura, comprovando que o agente constitui-se como um facilitador.

Destaca-se, também, que a atuação independente, em muitos casos, não é feita de forma alheia à equipe. Muitas vezes, a equipe está ciente do problema e não o resolveu, por questões de prioridade, possibilitando a atuação do agente

para resolvê-lo. Também acontecem situações em que o ACS relata o problema depois do fato resolvido.

O perfil que emerge do trabalho não é tão diferente daquele proposto pelo Ministério da Saúde. No entanto, o diferencial se dá na busca pela profissionalização do agente, empreendida pelo próprio profissional e que é realizada de forma efetiva, pautada na realidade que ele enfrenta, ou seja, a partir da sua atuação, das lacunas que percebe na sua formação, o agente constrói sua própria identidade profissional, independentemente de incentivo ou cobranças por parte de órgãos responsáveis pela sua capacitação.

O ACS assume, no cenário do sistema de saúde do país, um papel privilegiado, seja porque as autoridades sanitárias fazem dele uma espécie de "coringa" ou "salvador da pátria", seja porque o cotidiano demonstra que ele é o trabalhador em saúde que mais convive com os problemas sociais afetos à saúde. O agente tenta demonstrar sua importância para a saúde numa perspectiva de lucratividade política; o cotidiano o capacita a reivindicar seu lugar no sistema de saúde (SILVA e RODRIGUES, 2000).

O agente de saúde, segundo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1991), tem as seguintes atribuições: cadastrar as famílias por ele atendidas; diagnosticar suas condições de saúde e moradia; atualizar estes dados permanentemente, para o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); mapear, o mais detalhadamente possível, a comunidade na qual atua; identificar as micro-áreas de risco, inclusive buscando soluções para os problemas identificados junto às autoridades locais; realizar visitas domiciliares, em função da situação de saúde da família; atuar como animador no desenvolvimento coletivo da comunidade; atuar nas áreas de educação, identificando crianças fora da escola; atuar em ações humanitárias e solidárias, na busca de alternativas para geração de empregos, em situações de seca, enchentes, no combate à violência etc. Por isso, conforme Alma Ata (1979, p. 50), "as modalidades de agente de saúde variarão de um país e de uma comunidade para outra de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis".

Ao agente de saúde se atribui o que transcende à sua formação profissional e, em muitas situações, os agentes, conforme o que afirma Lima e

Moreira (2005, p.104), “terminam por serem procurados pela população para resolver problemas do cotidiano, nem sempre ligados à questão saúde, tornando-se, em numerosos casos, lideranças locais”.

Porém, a complexidade do que foi elencado acima em relação às atividades do ACS exige uma variedade de profissionais cuja formação vai além de um treinamento sumário, mesmo que com atualização permanente. Dessa forma, não raro o agente sente-se, como indica Pardal, “impotente” diante dos problemas da comunidade. Isso caracteriza uma preocupação, porque os agentes sabem das expectativas que recaem sobre sua atividade em função do conhecimento específico que eles têm da comunidade. Nesse sentido, Canarinho destaca:

como decodificadores das necessidades da comunidade junto à equipe de saúde, muitas vezes, somos a porta de entrada na unidade de saúde e esse fato faz com que saibamos as principais dificuldades e problemas da comunidade.

Por isso, um fator em comum de todos é a busca da resolução dos problemas da comunidade, o que fica evidente na fala de Pardal: “Se percebo se há uma demora para atender certa família e posso de certa forma resolver o problema sem prejuízos, indico o que as pessoas podem fazer para tentar resolver seu problema”. Nessa fala, percebe-se a necessidade dos agentes de dar um retorno à sua comunidade. Essa necessidade surge da própria cobrança pela população e do papel social que é imposto ao ACS. A resolutividade surge, então, em consonância ao trabalho do agente de saúde, e vem ao encontro do que propõe a lei 8080/90, segundo a qual as Unidades de saúde devem apresentar uma resolutividade de 80% dos problemas levantados pela população.

Silva e Dalmaso (2002) afirmam que os ACS vêm se constituindo, dentro dos programas de saúde, como parte efetiva do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência. É um segmento essencial da produção dos serviços, que se apresenta não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas também como peça essencial na organização da assistência. Por vivenciar os problemas e

morar na comunidade em que desempenha a sua prática de trabalho, o ACS figura como importante elo de interlocução entre a equipe e o usuário, na produção do cuidado. Pardal e Periquito destacam a importância da participação para identificar as demandas da comunidade:

Pardal – Temos que participar da comunidade, estar onde a comunidade está.

Periquito – Para identificar o que a comunidade necessita, é preciso se misturar com a comunidade e saber nossos limites.

Entretanto, a compreensão do seu papel não elimina, por parte dos agentes, a preocupação com a fragilidade da sua formação para fazer avaliações e tomar decisões para cada caso, visto que ser resolutivo demanda uma capacidade deliberativa abrangente. Andorinha e Sabiá expressam essas preocupações da seguinte maneira:

Andorinha – Falta um curso técnico dentro da nossa área para nos sentirmos mais à vontade para desempenhar nosso papel.

Sabiá – Nos falta embasamento teórico para informar a população.

O processo de municipalização da saúde tem investido na ampliação do atendimento por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerados portas de entrada ao sistema de saúde. Esses programas buscam a relação mais pessoal dos profissionais com os usuários, com capacidade resolutiva de 80% das demandas da população. A partir das falas dos agentes participantes desta pesquisa, percebe-se que sua atuação permite autonomia em alguns aspectos; por outro lado, o grau de resolutividade não é alto, pois esse é um processo que deve ocorrer em equipe.

O agente tem a percepção de que a mudança do PACS para o PSF resultou, principalmente, na diminuição de sua capacidade deliberativa, como indica a fala de Colibri, já destacada anteriormente na discussão sobre a autonomia – “trabalho há mais de seis anos como ACS, e sinto que na época do PACS nós tinha mais liberdade. Com o PSF estamos presos a regras”.

O perfil profissional do ACS se dá no âmbito da autonomia que ele precisa ter no seu dia-dia. Isso exige do profissional dinamismo e responsabilidade, características de um agente que tenha uma boa formação técnica e que consiga contextualizá-la, considerando os aspectos éticos e os limites que devem ser observados na sua atuação, a qual se complementa dentro de uma equipe multiprofissional.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Agente Comunitário de Saúde é um personagem de grandes controvérsias que põe em discussão se suas características de recurso humano de origem comunitária marcaram a continuidade do formato das políticas de saúde do passado ou constituem sinais de uma tendência efetiva de renovação (CORDEIRO, 2001).

Mendes (1993) argumenta que o ACS precisa incorporar-se de fato ao sistema de saúde, fazer parte efetivamente das equipes de saúde da família, participar das diferentes ações nas dimensões técnico-assistencial e político-social.

A consolidação do PSF está condicionada à existência, nos serviços, de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados ao novo modelo, capazes de uma ação multiprofissional e interdisciplinar. No entanto, é preciso reconhecer que o ensino das profissões de saúde no Brasil ainda está baseado no modelo fragmentado, que usa a lógica da especialização na produção de trabalho (BRASIL, 2003b).

Em conformidade com Tomas (2002), após a implantação do PSF, o papel do ACS foi ampliado, saiu do foco materno-infantil para a família e a comunidade, além de exigir novas competências no campo político e social. Desse modo, é necessário que o ACS tenha um nível de escolaridade mais elevado e passe por um processo de profissionalização mais complexo e mais abrangente.

O conhecimento do perfil profissional do Agente Comunitário de Saúde possibilita ao próprio trabalhador entender a utilidade e os impactos das ações que realiza, bem como compreender que os grupos sociais não são abstratos ou distantes. A compreensão das necessidades e dos modos de identificar o delineamento de quem é o ACS contribuirá para uma melhoria da qualidade de todas as suas atividades de rotina e ampliação da capacidade nas funções de identificar e orientar os fatores presentes nas comunidades (BRASIL, 2004).

O desvendar das motivações dos Agentes Comunitários de Saúde para compartilhar projetos e soluções com a comunidade e utilizar suas habilidades e competências adquiridas, com a finalidade de responder à necessidade de produzir assistência na vida comunitária e de interagir com profissionais de saúde e de outros setores sociais, apontou para a associação positiva entre a estratégia da saúde da família e as modalidades assistenciais, que têm como princípio a vigilância e a promoção à saúde. Os ACS, por meio de apoio social e de ações intersetoriais, garantiram sua forte identificação com a comunidade e com um perfil social de solidariedade, constituindo-se num trabalhador singular.

Em alguns relatos, o ACS deixa claro que não se sente integrado com a equipe e que muitos profissionais não o reconhecem como membro da equipe de saúde. Com isso, fica evidente que a proposta do PSF ainda não amadureceu suficientemente as questões referentes à organização do trabalho na unidade e ao estabelecimento de uma lógica de trabalho em equipe que facilitasse a integração do conjunto dos profissionais.

Assim, identificou-se, durante esta pesquisa, um ponto importante. Ao mesmo tempo em que o agente é colocado como membro de uma equipe multidisciplinar e elemento importante para a efetivação das práticas de todo um programa, porque atua na linha de frente na comunidade, não há, por outro lado, uma valorização por parte dos integrantes da equipe, porque ainda não se tem clareza sobre a sua formação profissional.

É importante ressaltar que toda a ocupação que pretenda se tornar uma profissão deveria buscar uma base técnica para fazê-lo. Este estudo mostra que os ACS almejam uma profissionalização, bem como a

regulamentação de seu exercício profissional, que seria o efetivo reconhecimento institucional e social de sua atividade.

9 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Novos modelos de atenção à saúde. Bases conceituais e experiência de mudança. In: **Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

ALMEIDA, M.C. P; MISHIMA, S.M O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. n. 9, ago. 2001. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista9/debates4.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2007.

AROUCA, S. A reforma sanitária brasileira. **Radis**, n. 11, p. 2-4, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 1977.

BAUER, M.W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados. In: MARTIN, W.; BAUER, E.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. Petrópolis, RS: Vozes, 2004. p. 39-63.

BAUER e GASKEL, 2004??

BERTOLLI, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Capítulo 2, seções 1 e 2, artigos 94-200. Brasília, 1988.

BRASIL. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 1998.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Secretaria de políticas de saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. **Cadernos de Atenção Básica**, 8. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Programa Saúde da Família**: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS**, proposta relacionada à Qualificação Profissional Básica do ACS. 2003b. Disponível em: <http://www.saserj.org.br/propostaacs.htm>. Acesso em: 01 ago. 2007.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Decreto Federal n.5.155/2004.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte da ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G.W.S. et al. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.141-144, fev.-mar.1997.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 53, n. esp., p.143-7, 2000.

CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. **Agentes Comunitários de Saúde**. Disponível em: <www.conasems.org.br>. Acesso em: 24 maio 2006.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalização e equidade nas reformas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

CREVELIM, M.A.; PEDUZZI, M. **A participação da comunidade na equipe de saúde da família**. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e

usuários? Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a10v10n2.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2007.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social**. 20. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

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

ESCODA, M.S.Q.; LIMA, M.F. **Saúde, sociedade e governo**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, 1992. *mimeo*.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FLEURY, S. Equidade e reforma sanitária: Brasil. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 43, p. 44-52, jun. 1994.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRACOLLI, L.A. O programa de saúde da família como uma estratégia para inclusão social na perspectiva do trabalho da enfermagem. **O Mundo da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 35-40, jan.-mar. 2005.

FABRI, C.A.; WAIDMAN, M.A. Visita domiciliar: a atividade do agente comunitário de saúde no programa saúde da família. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 4, n.2, jul.-dez. 2002. Disponível em: <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/5070/3835>. Acesso em: 24 jun. 2007.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: MARTIN, W.; BAUER, E.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. Petrópolis, RS: Vozes, 2004. p. 64-89.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989. 323 p.

GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SCHOELLER, S.; MACHADO, W. **História da enfermagem – versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GIALDI, S. **Iniciação à pesquisa**. Departamento de Filosofia. Caxias do Sul, RS: Universidade de Caxias do Sul, 2004.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRECO, D.B. **Ética, saúde e pobreza**. As doenças emergentes do séc. XXI. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v7/etica.htm>>. Acesso em: 24 maio 2006.

GUI, R.T. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. **Revista de Psicologia Organizacional do Trabalho**, v.3, p. 135-160, 2003.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

HORTALE, V.A.; REIS, C.C.L. Programa de saúde família: supervisão ou convivência? Estudo de caso em município de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 225-240, mar./abr., 2004.

GIFFIN, K.; Shiraiwa, T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1 jan.-mar. 1989.

MARCONI, A.M.; LAKATOS, M.E. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2004.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa em Saúde**. Santa Maria: Palloti 2001.

LIMA, M.J. de. Desafio de hoje: o desenvolvimento de profissionais de enfermagem - uma década de trabalho com criatividade, sensibilidade e expressividade. In: MEYER; WALDOW; LOPES. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 103-126.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática, anos 80. **Phisys - Revista de Saúde Coletiva**, v.1, n.1. 1991.

MARTINELLI, M.L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In: MARTINELLI, M.L. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário**. O processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E.V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-55.

MENDONÇA, M. H. M. **RESENHAS Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5), p. 1433-1437, set.-out. 2004.

MERHY, E.E.; MENDES, A. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA. **Anais**. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 2000. p.145-154.

MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9 n.3, p. 239-262, jul.-set. 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S. . **Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos**. In: Maria Lúcia Magalhães Bosi; Francisco Javier Mercado. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 1 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2006, v. 1, p. 163-190.

MOREIRA, C.N.M. **A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

MORETTO, S.E. **Os enfermeiros e o SUS: da realidade à possibilidade**. Passo Fundo, RS: UPF, 2001.

NOGUEIRA, R.P. O trabalho do ACS entre a dimensão técnica "universalista" e a dimensão social "comunitarista". **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.; RAMOS, Z. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde. Textos para Discussão 2000, **IPEA**, n. 735. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 24 maio 2006.

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

OMS/UNICEF. **Declaração de Alma Ata 1978**. Cuidados Primários de Saúde, 1979.

PEDUZZI, M.; PALMA, J .J. L. A equipe de saúde. In: MENDES-GONÇALVES, R.B.; NEMES, M. I. B; SCHRAIBER, L. B. (Orgs.) **Saúde do adulto**: Programas e ações na unidade de saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p.234-50.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. v.35 n.1, p. 103-109, 2001.

SANTOS, J.L.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, jan.-abr., 1999.

SENNA, M. de C.M. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 92-107, 2002.

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.6 n.10, p. 75-83, 2002.

SILVA, M.J.; RODRIGUES, R.M. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem (on-line)**, Goiânia, v. 2, n. 1, jan.-jun. 2000. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 03 nov. 2007.

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

TOMAS, J.B.C. O Agente Comunitário de Saúde não deve ser um "Super Herói". **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado: história oral.** Traduzido por Lólio Lourenço de Oliveira. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

TRAD, L.B.; BASTOS, C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): Uma Proposta de Avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 14, p. 429-435, 1998.

TRAD, L. B. **Problematizando a interação entre profissionais de saúde e famílias no contexto do Programa de Saúde da Família.** *Interface* 1999. n.2,p.103-106.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1995.

Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS (Resolução n. 066/2004).

YIN, R.K. **Estudo de caso.** Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001

ZARIFIAN, P.A. Gestão da e pela Competência. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, TRABALHO E COMPETÊNCIAS. Rio de Janeiro, 28 e 29 nov. 1999. **Anais.** Rio de Janeiro: SENAI/DN-CIET.