

SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: MOTIVAÇÃO E SIGNIFICADO*

BEING A COMMUNITY HEALTH AGENT: MOTIVATION AND MEANING

SER AGENTE COMUNITARIO DE SALUD: MOTIVACIÓN Y SIGNIFICADO

Cássia Regina Fernandes Biffe Peres¹
Antonio Luiz Caldas Junior²
Roseli Ferreira da Silva³
Maria José Sanches Marin⁴

RESUMO

Neste estudo, propõe-se caracterizar o perfil dos agentes comunitários de saúde (ACSs) das unidades de atenção básica à saúde do município de Marília-SP e analisar os motivos e o significado de ser ACS. Os dados quantitativos foram abordados de forma descritiva e para a análise dos dados qualitativos foi utilizado o referencial de análise de conteúdo. Houve predomínio de mulheres; a média de idade foi de 32,5 anos; a maioria tem ensino médio completo e atua na função, em média, por 27 meses. O desemprego, a busca de outra área para atuação e o desejo de ajudar o outro foram os motivos de se tornarem ACSs. Quanto ao significado, constatou-se a interlocução e o vínculo, a possibilidade de ajuda, a orientação e o estímulo à autonomia, além de ações assistencialistas. Conclui-se que há necessidade de que as atribuições do ACS sejam definidas e aprimoradas.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Auxiliares de Saúde Comunitária; Saúde Pública.

ABSTRACT

This study aims at characterizing the profile of the Community Health Agent (in Portuguese ACS) working in Health Centers at the municipality of Marília-SP. It intends also to analyze the motivations and meanings of being an ACS. The quantitative data were studied descriptively whereas the qualitative results were summarized by content analysis. ACSs were predominantly of the female sex and were in average 32.5 years old. Most of them had finished high school and had been working as Community Health Agents for an average 27 month. Unemployment, the search for a different work area and the desire to help others were pointed out as reasons for becoming an ACS. For them being an ACS means to develop links with the community, to be able to talk, to help, to guide and to encourage their autonomy as well as to offer assistance to the community. In conclusion, it is necessary to better define and improve the ACS's responsibilities.

Key words: Family Health Program; Community Healthcare Assistant; Public Health.

RESUMEN

El presente estudio propone caracterizar el perfil de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) de las unidades de atención básica a la salud del municipio de Marília-SP y analizar los motivos y el significado de ser ACS. Los datos cuantitativos se enfocaron de forma descriptiva, por medio del análisis univariado. En el análisis de datos cualitativos se empleó el referente de análisis del contenido. Predominaban las mujeres con edad promedio de 32,5 años, la mayoría con enseñanza secundaria que trabajaba en esa tarea durante un promedio de 27 meses. El desempleo, la búsqueda de otro campo de trabajo y el anhelo de ayudar el prójimo constituían los motivos que las impulsaban a ser ACS. En cuanto al significado se constato la interlocución y el vínculo, la posibilidad de ayuda, la orientación y el estímulo a la autonomía, además de acciones assistencialistas. Se concluye que habría que definir y perfeccionar las atribuciones de los ACS.

Palabras clave: Programa Salud de la Familia; Auxiliares de Salud Comunitaria; Salud Pública.

* Parte da dissertação *O trabalho do agente comunitário de saúde no município de Marília-SP*, da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu.

¹ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Assistente de Ensino da Faculdade de Medicina de Marília. E-mail: cassiabp@famema.br.

² Médico. Professor assistente doutor da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Departamento de Saúde Pública. E-mail: acaldas@fmb.unesp.br.

³ Enfermeira. Doutora e professora adjunta da Universidade Federal de São Carlos. E-mail: roselifs@flash.tv.br.

⁴ Enfermeira. Doutora e docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. E-mail: marnadia@terra.com.br.

Endereço para correspondência – Av. Maria Fernandes Cavallari, 3150, apto 323. Marília-SP. CEP: 17526-431. E-mail: cassiabp@famema.br.

INTRODUÇÃO

O agente comunitário de saúde (ACS) representa um novo elemento no cenário da atenção básica à saúde no Brasil e é considerado como personagem-chave na organização da assistência, uma vez que assume uma posição bidirecional, pois, ao mesmo tempo em que é morador da comunidade em que trabalha, é integrante da equipe de saúde.

No Brasil, as experiências com o trabalho do ACS têm início em alguns Estados do Nordeste, na década de 1970. Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), institucionalizando uma série de práticas em saúde que se desenvolviam no País, de forma isolada e focal, e atendiam a populações em situação de risco à saúde. Inicialmente, o programa focalizava a questão da mortalidade infantil e materna, expandindo posteriormente sua abrangência para o apoio à organização da atenção básica em saúde nos municípios.¹

A partir de 1993, quando começou a ser idealizado o Programa de Saúde da Família (PSF), o PACS passou a ser implantado como uma estratégia transitória dele. O PSF, visando efetivar os princípios de integralidade, universalidade e equidade propostos para o SUS, tem o ACS como elemento fundamental no desenvolvimento da proposta.¹ Após alguns anos de exercício dessa prática, em 2002, a profissão do ACS foi criada legalmente e ficou estabelecido que seu exercício devia se dar exclusivamente no âmbito do SUS.²

O MS, ao institucionalizar e regulamentar a prática dos ACS, caracteriza-a como um conjunto de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS, tendo por foco a prevenção de doenças e a promoção da saúde.^{2,3}

O ACS vem ocupar o vazio existente nas ações de saúde, configurando-se como elo entre a comunidade e a unidade de saúde, por meio de uma prática peculiar e complexa. Ao trabalhar e morar no lugar em que atua, o ACS e os usuários vivem solidariamente as mesmas condições de vida e usufruem os mesmos bens sociais. Essa dinâmica social repercute no desenvolvimento da prática, proporcionando ao ACS olhares, sentimentos e escutas que influenciam seu agir, um agir que se estabelece mediante o diálogo e favorece o estreitamento de vínculos, desenvolvendo confiança, responsabilidade, respeito e compromisso.⁴

A híbrida inserção do ACS torna-o um ator diferenciado na equipe de saúde, pela possibilidade de ampliar as relações de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos, o que o inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação de um novo modelo assistencial.⁵

Ao pensar a inserção do ACS no trabalho em saúde e nas propostas de atuação no PACS/PSF, deve-se ter em mente os desafios que lhe são colocados. O ACS é o elemento da equipe que mantém maior contato com a população,

adentra os domicílios, recebe diretamente as queixas da população, comprometendo-se de forma direta com a necessidade de dar respostas e encaminhamentos aos problemas encontrados, ao mesmo tempo em que precisa confrontar-se com a equipe e agir segundo as possibilidades e limites dela e do próprio sistema de saúde. A própria condição de vida das pessoas, muitas vezes, revela-se crítica, com problemas de difícil solução. Além disso, o sistema de saúde solicita o cumprimento de metas e domínio da tecnologia necessária para manter alimentado o sistema de informação.

Apesar dessa complexidade, o ACS não possui formação específica e, no seu processo de trabalho, ao fazer parte de uma equipe, tem-se observado que nem sempre ele recebe a supervisão e a retaguarda necessárias. Ocorre, ainda, que a formação escolar do ACS é bastante heterogênea, incluindo desde profissionais com a escolaridade mínima exigida até profissionais de nível superior.

Dessa forma, o ACS suporta um “peso” excessivo de tarefas e responsabilidades, trazendo consigo múltiplas e contrapostas expectativas depositadas pelos gestores do SUS, as quais não podem ser adequadamente correspondidas na prática e diante das quais os profissionais de desenvolvimento de recursos humanos também não sabem o que fazer.⁶

Apesar da complexidade imposta ao trabalho do ACS, ressalte-se sua relevância como possibilidade de ultrapassar a barreira do saber e da prática centrada no modelo biomédico.⁵ Assim, justifica-se um estudo que possibilite a análise do trabalho do ACS para melhor compreender sua inserção no processo de trabalho das equipes de atenção básica à saúde, o que poderá subsidiar reflexões sobre a dinâmica de trabalho desses profissionais e possibilitar o estabelecimento de estratégias com vista à melhoria da qualidade da atenção e de suas condições de trabalho.

Neste estudo, portanto, propõe-se a caracterizar o perfil dos ACSs das unidades de atenção básica à saúde do município de Marília-SP quanto a dados sociodemográficos e profissionais, bem como analisar os motivos que os levam a ser ACSs e o significado de ser ACS diante do trabalho que desenvolvem.

METODOLOGIA

Neste estudo foram utilizadas as abordagens de pesquisa quantitativa e qualitativa, considerando-as como complementares na compreensão do objeto de estudo. Quantitativamente, caracteriza-se o perfil do ACS e por meio da pesquisa qualitativa, analisam-se a motivação, o significado e as expectativas de ser ACS.

Foi estudado o universo de ACS do município de Marília-SP, região centro-oeste do Estado de São Paulo, que contava à época com uma população aproximada de 220 mil habitantes. A rede de Atenção Básica à Saúde encontra-se organizada em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e 28 Unidades de Saúde da Família (USFs),

as quais constituem, em suas áreas de abrangência, a porta de entrada do sistema de saúde.⁷

O ACS atua em todas as UBSs e USFs do município, num total de 339 ACSs, sendo que todas as UBSs têm implantado o PACS. O processo seletivo se dá por meio de avaliação escrita, versando sobre ética, sigilo, noções de matemática, português e trabalho em equipe. Aprovados na avaliação escrita, os candidatos são submetidos a uma entrevista. Após a contratação, é realizado treinamento introdutório, com duração de uma semana, sobre temas como SUS, trabalho em equipe, visita domiciliar, dentre outros.

Para a coleta de dados quantitativos, foi considerada a totalidade dos ACSs, os quais responderam ao questionário com dados referentes a sexo, idade, escolaridade, tempo de atuação como ACS na unidade e tempo de residência no bairro. Entre os 339 ACSs cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município na ocasião da coleta de dados, 303 (89,4%) responderam ao questionário deste estudo. Os motivos de não responderem foram férias, 5 (1,5%); licença-maternidade, 2 (0,6%); licença médica, 4 (1,2%); recusa verbalizada; 2 (0,6%); e não devolução do questionário, 23 (6,8%).

Observou-se-se que 180 ACSs (59,4%) trabalhavam em UBSs, 119 (39,3%) em USFs e 4 (1,3%) não responderam a esse dado.

Para a coleta de dados qualitativos, delimitou-se uma amostra intencional, visando contemplar ACSs pertencentes tanto às UBSs quanto às USFs, de ambos os sexos, de diferentes faixas etárias e diferentes níveis de escolaridade e com variável tempo de trabalho como ACSs. Assim, foram entrevistados 16 ACSs, os quais são identificados, neste estudo, com a letra "E" (de 1 a 16) e, ainda, segundo unidade de atuação (USF ou UBS). A seleção dessa amostra baseou-se nos princípios da pesquisa qualitativa, cuja preocupação está no aprofundamento e na abrangência da compreensão, recorrendo-se para isso a um critério de amostragem que refletisse as múltiplas dimensões da totalidade, sendo que o número considerado suficiente é o que permite certa reincidência das informações, porém não são desprezadas as informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta.⁸

A entrevista foi orientada por um roteiro previamente formulado com questões norteadoras que tratavam do objeto da pesquisa. As entrevistas com os ACS foram agendadas previamente, com a preocupação de que não houvesse prejuízo do trabalho e da assistência ao usuário. Elas foram gravadas e transcritas na íntegra para possibilitar a análise do conteúdo.

O projeto de pesquisa foi autorizado pela Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília e submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, Protocolo nº 150/04, observadas as disposições da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96.

Os dados quantitativos foram processados no programa EPI INFO 6 e abordados de forma descritiva, com

intenção de caracterizar o perfil do ACS. Dessa forma, os dados foram apresentados em números absolutos e frequências simples.

A análise dos dados obtidos pelas entrevistas foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo. A análise do conteúdo é

uma técnica de investigação, que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.⁹

Nessa perspectiva, seguiram-se os seguintes passos: *fase de pré-análise*, realizada leitura de cada uma das entrevistas visando à organização do material e reconhecimento das ideias iniciais do texto; *fase de exploração*, em que o material foi submetido a um estudo aprofundado, orientado pelos objetivos e referencial teórico. Foram desmembradas as unidades de registro, ou seja, houve uma codificação corresponde à transformação dos dados brutos do texto, por recorte do texto, classificação e agregação, o que possibilita atingir uma representação do conteúdo para posterior categorização. A codificação foi feita por frases, representantes das unidades de sentido e possibilitaram a classificação por categorias empírica, ou seja, aquelas construídas no decorrer da análise.⁸ Dessa forma, formularam-se as seguintes categorias: ser ACS: a motivação e ser ACS: o significado. Na *fase de tratamento* dos resultados, foram estabelecidas relações e deduções subsidiadas pela reflexão e pela fundamentação teórica, que permitiram obter os resultados e considerações sobre tema em estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização demográfica e profissional do ACS

O quadro de ACS do município de Marília é formado, predominantemente, por 275 mulheres, o que corresponde a 90,8% do quadro. Essa percentagem se aproxima da porcentagem do município de São Bernardo do Campo na Grande São Paulo, em que 91,3% dos ACSs eram do sexo feminino.¹⁰ No município de Porto Alegre e em estudo nacional, as proporções de ACSs por sexo também se assemelham aos dados deste estudo.^{11,12}

A idade variou de 20 a 59 anos, sendo a faixa etária predominante de jovens, com idade média de 32,5 anos, distribuídos nas seguintes faixas etárias: 53 (17,5%) entre 20 a 24 anos; 71 (23,4%) de 25 a 29; 69 (22,8%) de 30 a 34; 49 (16,2%) de 35 a 39; 32 (10,6%) de 40 a 44; 19 (6,3%) de 45 a 49; 5 (1,7%) entre 50 e 54 e 4 (1,3%) de 55 a 59 anos. Tais dados se assemelham aos encontrados em outros estudos que caracterizam o perfil do ACS.¹¹⁻¹² A idade média do ACS do município de Marília-SP aproxima-se da encontrada em São Bernardo do Campo, que foi de 33,5 anos.¹⁰

Neste estudo, 209 ACSs (69,0%) concluíram o ensino médio e 20 (6,6%) possuem o ensino médio incompleto; 31 (10,2%) concluíram o ensino superior; 21 (6,9%) possuem o ensino superior incompleto; e 22 (7,3%)

possuem o ensino fundamental. Ou seja, 261 ACSs (86,1%) têm, pelo menos, o ensino médio concluído. A escolaridade do ACS em âmbito nacional, de acordo com o DAB/SIAB/MS-2003, é de que 40,7% dos ACSs possuem o ensino médio completo, 1,6% possuem o ensino superior incompleto e 0,6% concluíram o ensino superior,¹⁰ valores bem inferiores aos encontrados no município de Marília-SP.

No início da implantação do PACS, o Ministério da Saúde (MS) não exigia grau de escolaridade para exercer a função de agente, bastando apenas ser alfabetizado. Com a criação da profissão de agente comunitário de saúde pela Lei nº 10.507, de 12 de julho de 2002, um dos requisitos para o exercício da profissão passou a ser o ensino fundamental.² No município de Marília-SP, desde o início do PACS/PSF, a escolaridade mínima exigida foi o ensino fundamental completo.

Observa-se que o tempo de atuação na Unidade ACS variava de 1 a 72 meses, com uma média de 27 meses, tempo semelhante à média de tempo de existência das USFs e de implantação do PACS no município, denotando estabilidade do quadro de ACSs.

O tempo de moradia no bairro teve uma variação de 1 a 43 anos, com média de 13,8 anos. O MS não descreve qual deve ser o tempo mínimo de moradia no bairro em que atua, porém, em Marília-SP, esse tempo mínimo de moradia no bairro deve ser de um ano para a participação do processo seletivo. De acordo com estudo realizado em Porto Alegre, 26 (22,8%) dos ACSs residiam no bairro entre 4 e 9 anos; 44 (38,6%), entre 10 e 19 anos, 28 (24,6%), entre 20 e 29 anos; 11 (9,6%), entre 30 e 39 anos; e 5 (4,4%) moravam no bairro há 40 anos ou mais. A média de tempo de moradia no bairro encontrada em São Bernardo do Campo assemelha-se à de Marília-SP, ou seja, 15,6 anos.¹⁰

A motivação e o significado de ser ACS: análise qualitativa

Ser ACS: a motivação

Ao revelarem os motivos que os levaram a ser ACSs, destacam o desemprego, a busca de outra área de atuação, vislumbrando o crescimento pessoal e o sonho de trabalhar na área da saúde pela possibilidade de relações de ajuda com outras pessoas.

Ao referir que o motivo que os levaram a ser ACSs é o desemprego, eles apontam que se encontravam sem outra possibilidade de trabalho ou exercendo alguma atividade esporádica, conforme as falas que seguem:

Eu estava desempregado e fazia assim bicos como segurança [...] e apareceu a vaga de agente comunitário; [...] porque eu conhecia pouco do trabalho e a razão mesmo é que eu estava desempregado e abriu-se esse campo para mim. (E7/UBS)

Nunca me passou pela cabeça ser um agente comunitário, eu nem sabia que existia isso, [...] e, como eu estava desempregado, [...] entrei como agente comunitário. (E2/USF)

Corroboram as falas dos ACSs dados do IBGE de 2002, em que a taxa de desemprego no Brasil era de 7,1%.¹³ A necessidade de garantir o sustento cotidiano acaba sobrepondo-se ao interesse, ao desejo e à identificação com a área de trabalho. Esse aspecto merece estudos mais aprofundados, visando desvendar até que ponto isso pode interferir na qualidade do trabalho profissional. Acredita-se, por um lado, na possibilidade de haver identificação com as ações à medida que o trabalho é desenvolvido; por outro lado, essas pessoas podem manifestar maior insatisfação com o trabalho e não se fixarem na atividade.

Além da falta de oportunidade, trabalhar como ACS surge como uma possibilidade de melhoria das condições de trabalho por meio da mudança de emprego, de busca por outra área de atuação, ou procura do crescimento profissional, mesmo desconhecendo as atividades que desenvolveria. As falas abaixo revelam esse sentido:

Eu trabalhava como empregada e não tenho muito estudo, tinha feito só até a 8ª série, e aí eu, quando eu vi o posto, a gente vê e fala: 'Quero trabalhar no posto.' E, aí, fui atrás e entrei, mas foi mais por precisão, por falta de outras oportunidades. (E9/UBS)

Quando eu prestei o concurso eu ainda estava trabalhando, [...] bom, a verdade é que eu queria mudar de área. (E4/UBS)

Eu estava trabalhando no comércio, em uma lanchonete, onde eu entrava cedo e saía à noite, era mais corrido. (E6/USF)

As falas anteriores indicam que a população brasileira, além do desemprego, lida com carga horária extenuante, com a informalidade e com a desvalorização de algumas categorias profissionais. Assim, mesmo que o trabalho do ACS seja demandante de adaptação a um novo papel, o qual se revela complexo e conflituoso, além da baixa remuneração que normalmente lhe é oferecida, ainda constitui uma possibilidade de ascensão pessoal e profissional.

Aliada à necessidade de trabalho, alguns ACSs identificam sua motivação nas atividades que desenvolvem como a facilidade de trabalhar com famílias/pessoas o sonho de trabalhar na área da saúde, o lado humano de ouvir e ajudar o outro, o trabalho social e a possibilidade do trabalho em equipe, levando à identificação com o trabalho de ACS:

Eu sempre gostei de trabalho social e trabalho em equipe; isso já veio comigo [...] e também é um prazer muito grande. (E11/USF)

Quando uma pessoa está com problema eu gosto de estar ajudando, assim, dentro do possível. [...] Eu gosto muito de ouvir. (E5/UBS)

A minha necessidade de trabalho mesmo [...] e junto com isso esse lado humanitário que eu tenho comigo de fazer o bem para as pessoas. (E16/UBS)

Em outros estudos que se analisou a motivação para o trabalho de ACS também encontrou-se como principal

motivo a oportunidade de emprego.^{1,12} Esse fato revela a necessidade da cuidadosa inserção do ACS na equipe de saúde, por meio da compreensão de suas necessidades, capacitação e acolhimento, uma vez que, nesse contexto de tarefas complexas e desafiadoras, esse profissional tem possibilidades múltiplas de revelação que tanto pode ser de crescimento e colaboração como de desânimo e ostracismo.

Nessa perspectiva, saliente-se que, na operacionalização do trabalho, o ACS centra sua ação no *trabalho vivo em ato*, com forte compromisso com a *tarefa de acolher, responsabilizar-se, resolver e autonomizar o usuário no seu modo de andar a vida*, o que representa que o trabalho é centrado na subjetividade. Esse aspecto reforça a necessidade de identificação com o papel que desempenha para que ele possa ser realizado de forma efetiva.^{14,15}

Ser ACS: o significado

Os sujeitos entrevistados atribuem como significado de ser ACS a atuação como interlocutores, de ajuda ao outro e de prestar informações, além de ações assistenciais. Seus discursos revelam que lhes falta clara definição do seu papel.

A interlocução entre a unidade de saúde e a comunidade ocorre pela aproximação com a unidade e vínculo com a situação real da comunidade, possibilitando o acesso ao serviço de saúde:

É ser um vínculo entre a comunidade, a unidade de saúde, a equipe porque, de certa forma, é a gente que vai na casa, a gente que conhece os problemas dos pacientes, traz para a equipe. (E10/USF)

O agente que é o elo entre a unidade e a família. [...] Nós temos intimidade com as pessoas. [...] Tudo que a pessoa faz, lá no íntimo da família, nós sabemos. (E16/UBS)

Por ter o vínculo com a comunidade, o ACS consegue ver e entender a necessidade do outro, possibilitando cuidar dessa população. O conhecimento dos problemas que ocorrem no cotidiano pode trazer benefícios para compreender o processo saúde-doença, sendo útil para os profissionais de saúde nas suas práticas.¹⁶

É relevante observar, pelas entrevistas, uma forte tendência em ajudar o outro, no sentido de satisfazer-lhe as necessidades de saúde, por meio de orientação/informação, cuidado, troca de experiência, buscando a solução dos problemas em conjunto com os demais profissionais da equipe. Por serem os profissionais que estão dentro dos domicílios, os ACSs vivenciam situações que muitas vezes os outros profissionais não podem vivenciar. As relações sociais nas quais predominam o vínculo, a troca e o acolhimento dos sujeitos permitem a presença do apoio social e do cuidado¹⁷:

Vai fazendo esse vínculo, e eles te contam tudo o que passa na vida deles, os problemas, às vezes, você vai fazer dengue e fica em duas casas; [...] você tem que ouvir. (E9/UBS)

Se você está sentado só conversando, você está ajudando ela de certa forma, [...] porque às vezes precisa de consulta, estar passando informações sobre doença, combate contra a dengue, a gente está sempre conversando, e isso cria um vínculo com as pessoas. (E7/UBS)

Sob o ponto de vista dos sujeitos entrevistados, ser ACS também é prestar informação e orientação em saúde, o que está de acordo com a proposta do MS para a função de ACS.

Na cidade de Porto Alegre, o ACS também se reconhece como educador, podendo trazer para si um sentimento de maior valorização.¹² Como educador, ele é visto como um trabalhador com qualificações que tem algo a oferecer à população, como expresso nas falas seguintes:

Assim, quando eu chego na casa e a pessoa tá precisando daquela orientação que eu tenho pra dar, então isso me satisfaz muito, quando eu encontro uma situação em que eu possa. (E16/UBS)

Muita gente que tem problema e não sabe como resolve, [...] então ele [o ACS] tem que ser solidário e passar as informações. Eu acho que mais a gente trabalha mais como prestador de informação. (E2/USF)

Em alguns momentos, o contato com a real conjuntura socioeconômica da população evidencia a pobreza e a desigualdade social. A dificuldade em obter resolução para essas situações crescentes e a busca da comunidade por respostas imediatas geram pressões sobre o trabalho do ACS. Em vez de tomar atitudes que promovam a autonomia da comunidade, muitos agentes são induzidos a reproduzir ações de cunho assistencialista, característica da história das políticas públicas, agindo de maneira paternalista, como quando oferecem algo material (cesta básica, por exemplo), na tentativa de diminuir o sofrimento do outro e suas próprias angústias diante dessas situações.

A hora que eu cheguei e entreguei a cesta para ele, [...] a expressão dele foi de felicidade. [...] É uma coisa assim que eu nunca imaginei na minha vida que eu iria passar. (E7/UBS)

Eu gosto de ser agente comunitário. [...] Quando eu entro nas casas para entregar algum remédio, para [...] trocar experiência, [...] você marca uma consulta, [...] é bem gratificante. (E9/UBS)

Em outras falas, há preocupação de “não dar pronto”, mas a necessidade e a disponibilidade de promover a construção da autonomia das pessoas, tornando-os sujeitos do processo. O ACS contribui para a autonomia da comunidade nos momentos em que atua na promoção da saúde, por meio de atividades educativas, como grupos de atividade física (caminhada, ginástica, dança, dentre outros); promove atividades que busquem a geração de renda (artesanato, horta comunitária); articula e estimula a população a utilizar seus equipamentos sociais na busca de soluções às suas necessidades, propondo ações intersetoriais; estimula e

orienta a população em relação a medidas de proteção à saúde e ao autocuidado:

O objetivo é, assim, não só você dar pronto, é você ensinar eles [comunidade] plantar na casa deles, num terreno vazio do lado dele, que vai ter alguma coisa para ele comer. (E1/UBS)

A dificuldade da construção da autonomia com a população e a evolução histórica de ações de cunho assistencialista acabam por sobrecarregar o ACS com atividades que poderiam ser realizadas pelos próprios usuários, como buscar medicação e encaminhamentos na unidade de saúde. Por outro lado, a entrega domiciliar de medicamentos ocorre pela dificuldade de o sistema manter disponível na unidade todos os medicamentos para entrega ao usuário. Cria-se um paradoxo, pois, como discutido, a unidade de saúde é a porta de entrada do sistema e deve ter responsabilidade pelos moradores de sua área de abrangência e seus agravos. No momento em que a medicação está disponível ou o encaminhamento agendado, isso deve ser disponibilizado o mais rápido possível ao usuário. Como o agente é o profissional que mais desenvolve atividades “extramuros”, é-lhe dada essa atribuição:

A entrega de remédio eu acho que devia ser revista, porque eu acho que a função nossa não é entregar remédio. (E2/USF)

Ainda não entende o papel do agente comunitário, por mais que você fale, [...] mas ele tem uma ideia de que você é aquela pessoa que é um office-boy. (E14/USF)

Não só ficar correndo entregando remédio. [...] A gente sai de sacolada entregando remédio e fala que a gente tem que fazer campanha da dengue, visita, ver criança, gestante. [...] Então não dá. (E2/USF)

Também nessa perspectiva pode-se considerar a polêmica causada diante do perfil e atribuições dos ACSs, uma vez que ainda não se encontram determinadas de forma efetiva.¹⁸ Constatou-se que, embora as competências dos ACSs tenham sido delimitadas e o referencial do curso técnico de agente comunitário de saúde tenha sido traçado, as atribuições do ACS devem ser trabalhadas, considerando-se as singularidades de cada região, município e até mesmo unidades de trabalho, em virtude das particularidades encontradas em cada unidade de trabalho. Dada a falta de clareza na delimitação de suas atribuições, o papel do ACS tem sido distorcido e seu trabalho, sobrecarregado. Hoje, muitas das ações a serem desenvolvidas nas famílias e comunidade acabam sendo atribuídas ao ACS.

Diante do seu papel de interlocução com a equipe e de apoio à comunidade nas suas necessidades de saúde, torna-se perceptível que o ACS depara com situações

de difícil intervenção. Sua prática se caracteriza pela singularidade e complexidade, além de ser contraditória, por assumir uma postura de construir junto com a comunidade mudanças no estilo de vida, e esta nem sempre reconhece a sua legitimidade como profissional de saúde.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Secretaria Municipal de Saúde de Marília conta com um quadro 339 ACSs, sendo 59,4% UBSs e 39,3% USFs. Há predomínio de mulheres (90,8%), jovens (idade média de 32,5 anos) e escolaridade média (86,1% com ensino médio concluído). O tempo médio de atuação na unidade de saúde como ACS era de 27 meses e o tempo de moradia no bairro, 13,8 anos.

O principal motivo para os ACSs buscarem essa atividade foi a falta de oportunidade de trabalho, ou seja, o desemprego. Embora poucos conhecessem quais seriam suas atribuições e atividades, trabalhar como ACS significava, também para alguns, a oportunidade de mudança de área de atuação e crescimento profissional. Além disso, foram referidas a vocação e a facilidade em trabalhar na área da saúde e lidar com famílias e pessoas, além de poder ajudá-las.

Os ACSs percebem-se como interlocutores entre a unidade de saúde e a comunidade, estreitando vínculos, levando o serviço de saúde para perto das pessoas e ampliando o acesso à unidade de saúde. Acreditam que, desse modo, conseguem ver, entender e ajudar a comunidade em suas necessidades e voltam-se especialmente para a satisfação das necessidades de saúde, por meio de orientações e troca de experiências. Reconhecem-se como educadores, o que lhes traz um sentimento de valorização e crescimento pessoal, já que consideram ter algo a oferecer à população.

Evidenciou-se, também, que, nesse contato, dada a precariedade de condições de vida da população (pobreza e desigualdade social) e a dificuldade em se encontrarem soluções, afloram ações “paternalistas”, como o oferecimento de bens materiais, na tentativa de diminuir o sofrimento do outro e suas próprias angústias diante dessas situações. Assim, manifestam preocupação com ações que não auxiliam no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e acabam sobrecarregando suas ações, deixando clara a falta de efetiva definição do seu papel.

Na articulação da motivação e do significado de ser ACS depreende-se a necessidade de investimento na capacitação para o exercício da profissão, considerando que há o reconhecimento da relevância do papel que exerce adiante da proposta de mudanças do atual modelo de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Silva JA. O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 2001.

2. Brasil. Lei n.10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão do agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 11 julho 2002. [Citado 2008 out. 20]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057>.
3. Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador "sui generis": o agente comunitário de saúde [Citado 2008 nov. 20]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf.
4. Carvalho VLMA. A prática do agente comunitário de saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeirica da Serra [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 2002.
5. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002; 18(6):1639-46.
6. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface Comunic Saúde Educ. 2002; 6(10):75-83.
7. São Paulo. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. Relatório de gestão. Marília (SP): Secretaria Municipal de Higiene e Saúde; 2002.
8. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1999.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2003.
10. Santos LPGS. A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2005.
11. Ferraz L, Aerts DRGC. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde. Saúde Debate. 2004; 28(66):68-74.
12. Torres ZF, Lopes BC. O ACS na equipe de Saúde da Família. Olho Mágico. 2003; 10(3):71-8.
13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População: censo demográfico 2000. [internet]. [Citado 2004 ago. 13]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/universo.php>.
14. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2006. p. 459-74.
15. Ferreira VSC, Franco TB, Andrade CS, Anjos SDS, Almeida JF, Araujo CF, et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde: analisando produção do cuidado no Programa Saúde da Família [resumo]. In: 12º Seminário de Iniciação Científica da UESC; 2006; Ilhéus. Anais eletrônicos. Ilhéus: UESC; 2006 [citado 2010 out. 8]. Disponível em: http://www.uesc.br/atencaoasaude/trabalhos/processo_de_trabalho_do_acs_-_analizando_a_producao_do_cuidado_vitoria_solange.pdf
16. Valla VV, Guimarães MB, Lacerda A. A qualidade do cuidado na convivência com os pobres: o trabalho dos pastores e dos agentes comunitários de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2005. p. 267-78.
17. Lacerda A, Valla V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2003. p. 169-96.
18. Tomaz JBC. O agente de saúde não deve ser um "super-herói". Interface Comunic Saúde Educ. 2002; 6(10):84-7.
19. Silveira MR, Sena RR. Diversidade de práticas e saberes: o caso do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família de Nova Contagem, Minas Gerais. REME Rev Min Enferm. 2005; 9(1):59-64.

Data de submissão: 7/7/2010

Data de aprovação: 25/11/2010