

Quem somos nós? A identidade não tão secreta dos agentes comunitários de saúde

Who are we? The not-so-secret identity of community health agents

Quiénes somos nosotros? La identidad no tan secreta de los agentes comunitarios de salud.

Tiago Pereira de Souza¹, Paulo Antonio Barros Oliveira²

¹ Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-Rio Grande do Sul

² Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-Rio Grande do Sul

RESUMO

Este artigo teve como objetivo analisar o entendimento de 62 Agentes Comunitários de Saúde da cidade de Campo Bom, no Rio Grande do Sul (Brasil), sobre as definições estabelecidas por eles acerca de sua identidade, proporcionando uma reflexão referente às práticas do cotidiano do trabalho. As entrevistas individuais e questionários auto preenchidos foram analisadas pelo seu conteúdo a partir da construção do Discurso do Sujeito Coletivo. As percepções apontam para a autodefinição do agente como um trabalhador que possui escuta qualificada; elo entre a equipe e a comunidade; múltiplas ações, que muitas vezes vão além do estabelecido legalmente; realizações pessoais condicionadas ao “sucesso” profissional; trabalho sob a lógica da educação em saúde. Esta pesquisa demonstrou que, por vezes, é o próprio trabalhador que se coloca na condição de “super-herói”, o que nos faz pensar o quanto os processos de trabalho devem ser amplamente e continuamente discutidos.

Autor de Correspondência:

*Tiago Pereira de Souza . E-mail: tiago.ps.fono@gmail.com

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Saúde do Trabalhador. Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this article was to analyze the understanding of 62 Community Health Agents in the city of Campo Bom, state of Rio Grande do Sul (Brazil), about the definitions established by them about their identity, providing a reflection regarding daily practices at work. Individual interviews and self-completed questionnaires were analyzed for their content based on the construction of the Collective Subject Discourse. Their perceptions point to the self-definition of the agent as a worker who is a qualified listener; a team-community link; someone who takes multiple actions, which often go beyond what is legally established; who thinks their personal achievements are conditioned to professional “success”; who works under the logic of health education. This investigation showed that sometimes it is the worker him/herself who places him/herself in the condition of “superhero”, which makes us think that the work processes should be widely and continuously discussed.

Keywords: Primary Health Care. Family Health. Occupational Health. Community Health Workers.

RESUMEN

Este artículo tuvo como objetivo analizar el entendimiento de 62 Agentes Comunitarios de Salud, en Rio Grande do Sul (Brasil), sobre las definiciones establecidas por ellos acerca de su identidad, proporcionando una reflexión referente a las prácticas del cotidiano del trabajo. Las entrevistas individuales y cuestionarios auto rellenos fueron analizados por su contenido a partir de la construcción del Discurso del Sujeto Colectivo. Las percepciones apuntan a la autodefinición del agente como un trabajador que posee escucha calificada; entre el equipo y la comunidad; múltiples acciones, que muchas veces van más allá de lo establecido legalmente; realizaciones personales condicionadas al “éxito” profesional; trabajo bajo la lógica de la educación en salud. Esta investigación demostró que a veces es el propio trabajador que se pone en la condición de “superhéroe”, lo que nos hace pensar cuánto los procesos de trabajo deben ser ampliamente y continuamente discutidos.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Salud de la Familia. Salud Laboral. Agentes Comunitarios de Salud.

INTRODUÇÃO

Legalmente reconhecidos pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, os sujeitos aqui estudados representam uma mudança no modo de cuidado estabelecido na atenção primária, estabelecendo correlações entre usuários e comunidade adstrita¹. Exercem representação mútua enquanto trabalhadores e moradores das áreas de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), caracterizando uma política de emancipação e rompimento do modelo biomédico centrado na doença, uma vez que propõem um processo de trabalho com objetivos claros voltados à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

Compreendendo que o trabalho exerce potenciais transformações na vida dos sujeitos trabalhadores e que, ao longo de séculos, de forma progressiva, existe um avanço no entendimento das relações entre o trabalho e o processo saúde-doença em diversos campos de estudo, destacamos como necessária a contribuição, no campo da saúde coletiva, dos estudos relacionados à temática do trabalho na atenção básica, mais especificamente do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS)².

As percepções equivocadas relativas ao trabalho centrado no cuidado e à organização do processo de trabalho dentro da estratégia de saúde da família acabam por dificultar o surgimento de pressupostos básicos necessários a qualquer ação profissional. Isso pode proporcionar ao trabalhador um sentimento de frustração, tensões cotidianas, além do surgimento de uma idealização coletiva de heroísmo, uma vez que, nesse caso, não fica claro ao profissional a total dimensão de seu trabalho. Desta forma, há uma desvinculação com o usuário (devido ao não entendimento das funções do ACS), caracterizando-se como uma das origens de sofrimento psíquico para esses trabalhadores^{3,4}.

Além das representações legais e conceitos científicos expressos nos diferentes espaços de construção do conhecimento, existem recorrentes

caracterizações simbólicas no que se refere às funções e ao processo de trabalho dos ACSs. Esse processo de “super-heroização e romantização” reorganiza (informalmente) o cotidiano desses profissionais tornando-os por vezes sujeitos de atuações múltiplas, desconexas, perigosas e insalubres⁵.

É significativo compreender que os ACSs são trabalhadores da saúde, com diretrizes de trabalho preestabelecidas legalmente e suscetíveis ao processo saúde-doença oriundo do trabalho. Dessa forma, a psicodinâmica do trabalho busca o entendimento desse processo, bem como alternativas de intervenção. Trata-se de ações transformadoras e que visam a apropriação da dimensão humana do trabalho por meio de uma perspectiva diferenciada, na qual podemos entender o desfecho das trajetórias de cada indivíduo trabalhador⁶.

Com este estudo objetivamos analisar o entendimento de 62 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da cidade de Campo Bom, no Rio Grande do Sul (Brasil), sobre as definições estabelecidas por eles acerca do que é ser ACS, proporcionando uma reflexão referente às práticas e às vivências do cotidiano do trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. Os participantes foram os trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde que exerciam suas atividades nas Unidades de Estratégia Saúde da Família, com exceção dos trabalhadores em férias ou afastados do trabalho no período da coleta dos dados.

Este estudo foi desenvolvido na cidade de Campo Bom, município brasileiro no Estado do Rio Grande do Sul que pertence à Região Metropolitana de Porto Alegre e ao chamado Vale do Rio dos Sinos.

A cidade possui 60 km² de área, 63.767 habitantes e 98,13% de cobertura da ESF. As unidades de ESF compreendidas são: Aurora, 25 de Julho, Imigrante, Operária, Quatro Colônias, Porto Blos, Rio Branco e Santa Lúcia.

O estudo foi organizado dentro do Programa de Educação Permanente (PEP) e faz parte de um projeto “maior” que engloba análises quali-quantitativas, oriundo de uma parceria entre a Prefeitura e o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCOL-UFRGS), com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição sob o número 1.541.369. Os trabalhadores receberam esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo e sua condução e, nessa ocasião, todos se dispuseram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ou seja, não houve sujeitos que se negaram a participar.

Inicialmente os participantes responderam a um questionário sobre dados sociodemográficos e socioeconômicos. Posteriormente foram entrevistados a partir de um roteiro de questões norteadoras aplicadas de forma individual, respeitando a disponibilidade e a singularidade dos participantes. Essa entrevista buscou analisar o entendimento do que é ser um ACS.

O tratamento dos dados foi feito por meio da construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, desenvolvida no fim da década de 90 e que tem como fundamento a teoria da Representação Social⁵. O DSC é um discurso-síntese elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados^{7,8}.

A construção de um DSC foi realizada em três fases distintas de sistematização das ideias: inicialmente buscamos estabelecer as Expressões-chave (EC), por meio das transcrições literais de parte dos depoimentos (contínuos ou não), visando o resgate de sua essência. Posteriormente, configuramos a

Ideia Central (IC) realizando a síntese do conteúdo do discurso explicitado pelos participantes. Por último, construímos o DSC somando os discursos na tentativa de aglutinar às ideias, considerando os posicionamentos individuais e as diferentes possibilidades de categorização que sejam necessárias para representar o pensamento deste grupo de indivíduos em relação ao seu entendimento do que é ser um agente comunitário de saúde⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 62 Agentes Comunitários de Saúde, com idade entre 23 e 61 anos, sendo 58 (93,5%) mulheres e 4 (6,5%) homens. Todos os participantes (100%) afirmam ter participado do curso introdutório de ACS. Quanto à escolaridade, 1 deles (1,6%) tem o ensino fundamental incompleto, 3 deles (4,8%) têm o ensino fundamental completo, 14 (22,6%) indicam ensino médio incompleto, 34 (54,8%) citam ensino médio completo, 9 (14,5%) têm ensino superior incompleto e 1 deles (1,6%) indica ter ensino superior completo.

A maioria dos trabalhadores, mais especificamente 50 deles (80,6%), era casada ou morava junto com um parceiro, sendo que 51 (82,3%) residiam em domicílios próprios, 5 (8,1%) em domicílios alugados e 6 (9,7%) em domicílios cedidos. A renda familiar média era de R\$ 2.949,34. Os dados demonstram similaridade com outros estudos que objetivaram traçar perfis desta população, com exceção da caracterização da renda familiar, que se mostrou relativamente mais alta^{10,11,12}. O tempo médio do exercício do trabalho remunerado durante a vida foi de 15,5 anos e o tempo médio do exercício da função de ACS foi de 5 anos.

A Tabela 1, a seguir, apresenta os dados quantitativos a partir da síntese das ideias centrais e suas respectivas frequências de manifestações.

Tabela 1. Síntese das ideias centrais e respectiva frequência de manifestações para a questão: “Para você, o que é ser um Agente Comunitário de Saúde?”

	Ideias Centrais	n	%
A	Ligação entre a equipe e os usuários	18	30
B	Alguém que tem escuta qualificada	31	51,6
C	Realização pessoal	7	11,6
D	Educação em Saúde	18	30

Obs.: a soma da frequência de ideias centrais extrapola o número de 60 respostas e a porcentagem de 100% porque um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma ideia central.

Neste estudo as entrevistas realizadas forneceram 4 ideias centrais e 4 discursos, que são a base do material de análise.

Passamos a discutir os Discursos dos Sujeitos Coletivos, objeto deste trabalho, a partir da questão disparadora “Para você, o que é ser um Agente Comunitário de Saúde?”. Do total de entrevistados obtivemos 60 respostas, uma vez que 2 entrevistados

não quiseram responder a essa pergunta.

O Quadro 1 indica o discurso referente à Ideia Central A, ou seja, a “ligação entre a equipe e os usuários”.

O discurso oriundo da Ideia Central A (Quadro1) estabelece o vínculo entre o ACS e o usuário como sendo o eixo estruturante do cuidado em saúde na

“É ser um elo entre usuários e a unidade de ESF. É um pouco de tudo, ‘psicólogo’, cuidador, orientador, ‘ouvindo’, colaborador, ‘esclarecedor de dúvidas’ que facilita o acesso às informações. Eu tenho as minhas famílias e pacientes como se fossem da minha família, um vínculo enorme, tendo bastante intimidade com todos, sendo, inclusive, bem conhecido. Eles notam até como eu estou (se bem ou ruim). Para mim isso é ser ACS: conhecer e ser conhecido, ser uma ligação. Ter um vínculo com as pessoas e auxiliar no seu bem-estar, aprendo muito com eles (usuários). Ser um ACS é estar inserido na comunidade para construir um vínculo para promover saúde e prevenir doenças. É aquele profissional que estreita os laços de afinidade entre equipe e usuário, é aquele que leva a informação. Diminui o caminho entre a unidade de saúde e a casa do usuário. O papel do Agente é tomar frente, sabendo como é a vida daquele usuário para que, assim, possa ajudá-lo ou, até mesmo, passar alguma situação para a equipe. É estar em contato com os usuários procurando interagir e levar os problemas para estratégia. É ser aquela pessoa que vai até às residências levando um pouco de carinho, de solidariedade, que se importa com o tipo de vida que os usuários estão vivendo, sendo na saúde, moradia, se está tomando seu medicamento, agendando suas consultas, ouvindo seus problemas e tentando resolver eles da melhor maneira. Conhecer o território, as pessoas e sentir de que forma posso ajudar para que a comunidade esteja bem, sendo um exemplo de vida para as pessoas...”

Quadro 1. IC A – Ligação entre a equipe e os usuários. Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com o autor.

atenção primária. Traz uma importante reflexão acerca da necessidade de se conhecer o território, ter empatia com as situações cotidianas, estreitamento dos vínculos entre profissionais de saúde e a realidade sociocultural da população¹³.

Outro aspecto importante a se destacar nesse discurso é a visão de onipotência presente no trecho: “[...] É um pouco de tudo, ‘psicólogo’, cuidador, orientador, ‘ouvidor’, colaborador, ‘esclarecedor de dúvidas’ que facilita o acesso às informações [...]”. O “altruísmo” expresso faz desenvolver diferentes funções em prol do bem comum, mesmo não sendo ações incluídas no rol de atividades legalmente preestabelecidas¹⁴.

O discurso traz ainda, trechos que destacam as

interferências que o trabalho exerce nas suas vidas, como: a preocupação do usuário com o bem-estar do ACS; o aprendizado compartilhado por ambos; a necessidade de se colocar como um “exemplo de vida para as pessoas”. Nesse ponto, percebe-se a importância de pensarmos nos impactos ocasionados pelo fato de morar e trabalhar no mesmo local, como jornada de trabalho sem interrupção, participação direta nos efeitos da ineficácia do sistema, cobranças sociais quanto ao comportamento do trabalhador e vivência cotidiana do sofrimento oriundo da realidade social na qual está inserido¹⁵.

O Quadro 2 representa o discurso referente à Ideia Central B, do ACS como “alguém que tem escuta qualificada”.

“É ser dedicada no que se faz, é saber que você poderá ajudar aquele usuário e ter satisfação nisso. É a única profissão que conheço que bate em sua porta para oferecer ajuda real, sendo um colaborador da comunidade que auxilia na promoção e prevenção da saúde, tendo um papel muito importante. É apoiar pessoas quando elas estão carentes, quando precisam de ajuda, quando não sabem nada sobre a saúde. É ter a capacidade de ouvir, gostar de ajudar. Uma pessoa que se relaciona bem com sua comunidade e que respeite os seus limites e ideias. Para mim, ACS se resume em ser o agente transformador, aquele que torna a vida das pessoas melhores, levando saúde na sua integridade (corpo, alma e espírito). Ser ACS, para mim, é poder ajudar as pessoas, ouvir, promover saúde e qualidade de vida. É buscar, através do meu trabalho, maneiras de tentar, de alguma forma, ajudar as pessoas, buscando uma palavra amiga, um tempo para escutar meu usuário e, além disso, orientá-lo sobre vários assuntos dos quais muitas vezes não tem conhecimento. É sempre estar pronta para aprender e passar isso para a população para sempre, de alguma forma, poder ajudar. Ser ACS é ter uma escuta qualificada, porque precisamos ouvir o usuário com atenção, também é necessário ter criatividade, pois nos encontramos em diversas situações diariamente. É conhecer a rede para orientar bem o usuário. Me identifico nesta área devido à carência das pessoas, que necessitam uma pessoa para escutá-las, sendo o instrumento fundamental para que as pessoas tenham saúde em todos os aspectos. É como ser um porta-voz dos familiares, ser uma pessoa em que eles confiam; ser um ACS é ajudar na prevenção, orientação, escuta e ser tipo um psicólogo deles, para atender as pessoas na sua singularidade, promovendo saúde e prevenção. É estar sempre presente nas casas das famílias, disposto a fazer o possível para contribuir. É se importar com o outro. Ter a disposição de ouvir, ajudar, ver o que posso fazer para melhorar a saúde e a vida de cada usuário. É estar presente, sempre que um usuário precisar de você e conseguir atender os problemas da população, ou pelo menos tentar atender. É ser uma pessoa que colabora, ajuda e se solidariza com as pessoas. É dar sua opinião (claro, se o usuário deixar), ser uma grande amiga da família. É poder ajudar os usuários a cada casa e ser bem recebida. É poder dar um abraço de carinho e saber que estou ali para somar, junto à minha equipe. Ser ACS é saber usar mais os ouvidos do que a boca e ser e ter ética, sendo sensível para poder ver além do que os usuários relatam. Para mim, ser ACS é ajudar o próximo, é aprendizado, é se sentir útil e importante para os usuários. É poder se colocar no dia a dia das pessoas e perceber que, às vezes, o pouco que se faz já é muito para elas...”

Quadro 2. IC B – Alguém que tem escuta qualificada. Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com o autor.

A Ideia Central B (Quadro 2) estabelece a relação de ajuda no processo de trabalho, através da qual o Agente Comunitário está ligado à imagem de alguém que oferece algo ao usuário: escuta qualificada, ajuda, respeito, transformação, criatividade, domínio dos fluxos da rede, confiança e afeto^{15, 16}.

Está contido nesse discurso, pressupostos da política de humanização que versa por olhar o usuário em sua complexidade, singularidade, integralidade e na inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável¹⁷, conforme transparece a representação “[...] para mim, ACS se resume em ser o agente transformador, aquele que torna a vida das pessoas

melhores, levando saúde na sua integridade (corpo, alma e espírito) [...]”.

A escuta foi apresentada como ação necessária para a consolidação do vínculo, uma vez que representa o rompimento de modelos estabelecidos pela protocolização do cuidado baseado em uma saúde feita por manuais e técnicas padronizadas pelo modelo biomédico. O processo de comunicação não deve ser visto apenas na capacidade de expressar ideias com clareza, mas na escuta do outro de forma acolhedora. A partir dessa postura é possível sensibilizar e mobilizar os sujeitos pela sua subjetividade, dando-lhes um entendimento para além do conceitual e técnico¹⁸.

O Quadro 3 se refere à Ideia Central C, relacionada à “realização pessoal” do ACS.

“É algo que me fez crescer como ser humano, me faz ver a vida de outra maneira. Ser agente é muito gratificante e, em alguns momentos, me traz sensação de prazer, principalmente quando consigo ajudar. Ser apaixonado pelo que faz, colocar-se no lugar do usuário. É sempre estar pronta para aprender e passar isso para a população, é sempre de alguma forma poder ajudar. É ser um líder comunitário, dedicado no que se faz, sabendo que você poderá ajudar aquele usuário e, dessa forma, se sentir útil e realizado profissionalmente. Saber que as pessoas gostam de você e que confiam muito no meu trabalho. É uma realização pessoal, compartilhar sofrimento e dores das pessoas, poder ajudá-las.”

Quadro 3. IC C – Realização Pessoal. Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com o autor.

O discurso (Quadro C) enfatiza o quanto o trabalho exerce potencial sensação de satisfação para esse grupo de trabalhadores que vê a execução das ações, seus aprendizados e a repercussão destes como motivadores para desenvolver um trabalho com afinco e, conseqüentemente, sentir-se realizado profissionalmente.

Cabe ressaltar que essa ideia central se origina sob uma condicional expressa nos momentos em que são atingidos os objetivos do trabalho, conforme podemos ver nas expressões “em alguns momentos”, “quando consigo ajudar” e “você poderá ajudar aquele usuário”. É possível inferir, que essa ideia

central não caracteriza o “ser agente comunitário” em sua totalidade, uma vez que não é possível afirmar de forma científica ou empírica que o processo de trabalho dos ACSs, ou de qualquer outra classe profissional, é composto essencialmente por objetivos e metas alcançadas, já que não podemos analisar as ações dos agentes de forma isolada de outros contextos de saúde importantes, como o controle social, os fluxos da rede e a gestão da saúde, por exemplo^{15, 16, 19}.

O Quadro 4 se refere à Ideia Central D, relacionada à “Educação em Saúde”.

“Levo informações e orientações aos usuários e, dentro do possível, consigo colaborar para resolver alguns problemas de família, como, por exemplo, fiscalizar a forma correta de usar medicações, controle do vencimento de receitas, agenda da UBS para acamados, controle se os usuários fizeram exames pedidos pelos médicos etc. É poder levar conhecimento sobre saúde e bem-estar. Ser Agente de Saúde é conversar sobre vários assuntos dos quais muitas vezes não tem conhecimento, levando informações sobre a unidade de saúde, prevenção, promoção e educação. É levar informação às pessoas, de um certo modo, ‘doar-se’. É tentar tirar as dúvidas das pessoas e poder ajudá-las a se sentir útil. É orientar os usuários para manter as medicações e a alimentação certa, o que é uma oportunidade de conhecimento sempre, pois é uma troca. É levar informação aos usuários e promover saúde orientando e prevenindo as pessoas de doenças. É saber ouvir, é poder levar informações sobre a prevenção, onde muitas pessoas apenas precisam de atenção e não medicação.”

Quadro 4. IC D – Educação em Saúde. Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com o autor.

A Ideia Central D (Quadro 4) indica que o trabalho do ACS está voltado para a educação em saúde. Nesse sentido, é importante pensarmos sobre os métodos educacionais apontados pelo discurso. Os verbos “fiscalizar”, “controlar” e “levar” indicam o uso do modelo mecanicista de comunicação, baseado em uma educação tradicional, cujo foco está nos resultados da transmissão da informação. Por outro lado, os verbos “colaborar”, “conversar”, “trocar” e “ouvir” indicam o uso de uma comunicação dialógica, em um modelo educacional participativo e problematizador²⁰.

CONCLUSÕES

A ideia central que esteve presente na maior parte dos discursos (51,6%) é a que enxerga o ACS como um profissional que possui escuta qualificada e que afirma que essa característica é essencial para oferecer aos usuários um cuidado em saúde integral, singular e transformador.

A ideia de que o ACS é um elo entre a equipe e a comunidade (30%) também merece destaque, pois mesmo estando de acordo com as diretrizes

do sistema, também carrega consigo diferentes conteúdos simbólicos, dentre eles a percepção de que o ACS “é um pouco de tudo”, colocando o trabalhador em uma seara de múltiplas ações, muitas vezes além do estabelecido legalmente e desconsiderando todo o impacto que o trabalho no seu local de moradia exerce nele.

As realizações pessoais também constituíram uma ideia central (11,6%), porém estavam condicionadas ao “sucesso” profissional, o que nos faz pensar que esses trabalhadores podem estar suscetíveis aos sofrimentos e às frustrações oriundas do cotidiano do trabalho.

A educação em saúde esteve presente nos discursos sistematizados (30%), apontando a necessidade de espaços de socialização do conhecimento dentro do Programa de Educação Permanente (PEP) para discussão dos modelos educacionais mais adequados ao cotidiano da ESF, a fim de aprimorar as ações junto aos usuários e evitar medidas meramente prescritivas.

Cabe a reflexão inicialmente problematizada neste estudo, referente ao neologismo “super-heroização”. Façamos o exercício de refletir sobre a figura do super-herói como aquele sujeito que possui dupla identidade, não possui carga horária de trabalho

definida, coloca frequentemente sua vida em risco para garantir a defesa do bem, da paz, e combate ao crime, tomando para si a responsabilidade de ser protagonista na luta do bem contra o mal, por várias vezes sendo injustiçado e incompreendido e, em nenhuma circunstância, recebe por isso.

A ideia de um “superagente comunitário de saúde” traz, entre outras coisas, pressupostos de que esse sujeito tem a tarefa de “salvar” a ESF (sendo norteadora da consolidação do SUS); logo, o ACS tem a “missão” de salvar o sistema. Nesse sentido, esta pesquisa pôde demonstrar que, por vezes, é o próprio trabalhador que se coloca nessa condição, o que nos faz pensar o quanto os processos de trabalho devem ser amplamente e continuamente discutidos para que, assim, todos possamos ser protagonistas de nossas próprias histórias da forma mais saudável possível.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 22 jul. 2015.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

3 Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(3):426-33.

4 Wei MFP, Carvalho AMP. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. Rev Enferm UERJ 2009; 17(4):563-8.

5 Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface - Comunic, Saúde, Educ 2002; 6(10):75-94.

6 Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev Saúde Pública 1991; 25(5): 341-349

7 Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2003

8 Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa qualitativa levada a sério [internet]. 2003 [acessado 2015 Jun 21]. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/~flefevre/Discurso_o_que_e.htm

9 Lefèvre AMC, Lefèvre F, Cardoso MRL, Mazza MMR. Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. Saúde Soc 2002; 11:35-47.

10 Lino MM, Lanzoni GMM, Albuquerque GL, Schweitzer MC. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. Cogitare Enferm 2012; 17(1):57-64.

11 Santos KT, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agentes comunitários de saúde: perfil adequado à realidade do programa de saúde da família? Cien Saude Colet [Internet] 2011 [acesso em 2015 Jul 15]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a35v16s1.pdf

12 Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. Rev Saúde Pública 2008; 42(5):921-9.

13 Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

14 Nascimento EPL, Correa CRS. Agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad Saúde Pública 2008; 24(6):1304-1313.

15 Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. Interface - Comunic, Saúde, Educação 2009; 13(28):123-35.

16 Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. Agentes Comunitários de Saúde e

as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(3):633-640.

17 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2010

18 Oliveira, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. Interface - Comunic, Saúde, Educ 2008; 12(27):749-62.

19 Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do Agente Comunitário de Saúde: uma abordagem fenomenológica. Ciênc Saúde Colet 2008; 13(1):51-60.

20 Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. Rev Bras Enferm 2010; 63(1): 117-21.

DATA DE SUBMISSÃO: 2/4/19 | DATA DE ACEITE: 21/5/19