INTERAÇÃO EM PSICOLOGIA

"*Ou tu tá do lado do povo, ou tu é do lado do serviço*": diversidade de relações e desafios do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Pedro Henrique Conte Gil
Georgius Cardoso Esswein
Rodrigo de Oliveira Machado
Adolfo Pizzinato

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é considerado um profissional interlocutor dos saberes e demandas entre a comunidade do território e os serviços de saúde, algo que implica em diversas relações estabelecidas entre as instâncias institucionais, comunitárias e individuais. Sendo assim, o objetivo desse artigo é investigar essa diversidade de relações entre ACS, comunidade e serviços de saúde, bem como os desafios envolvidos no trabalho do ACS. Trata-se de um estudo qualitativo que contou com entrevistas narrativas de três ACS do Distrito Nordeste de Porto Alegre, RS. A análise indutiva do conjunto de dados permitiu que se organizasse três eixos centrais de análise: ACS e sua comunidade; ACS e serviços de saúde; e comunidade e serviços de saúde. Discute-se a respeito da diversidade de relações e posições, ocupadas e atribuídas, entre serviços de saúde-ACS-comunidade, considerando que a porosidade das fronteiras relacionais constitui um dos principais desafios implicados nessa conjuntura. Além disso, reflete-se a respeito da dimensão ética do trabalho dos ACS, bem como sobre a precarização dos recursos humanos e estruturais dos serviços de saúde enquanto outros desafios a serem enfrentados pelos ACS no exercício de sua função.

Palavras-chave: Sistema único de saúde; Atenção primária à saúde; Agentes comunitários de saúde; Relações interpessoais; Estudo qualitativo.

ABSTRACT

"*Either you are on people's side, or on the health service's side*": diversity of relationships and challenges in the work of Community Health Agents

The Community Health Agent (CHA) is considered a professional interlocutor of the knowledge and demands between the community of the territory and the health services, something that implies in several relationships established among institutional, community and individual instances. Thus, the objective of this article is to investigate this diversity of relationships among CHA, community and health services, as well as the challenges involved in the CHA's work. This was a qualitative study that included narrative interviews with three CHA from the Northeast District of Porto Alegre, RS. Through inductive thematic analysis, three main themes were organized: CHA and their community; CHA and health services; and community and health services. We discuss the diversity of relationships and positions, occupied and assigned, among health services-CHA-community, considering that the porosity of these relational boundaries constitutes one of the main challenges involved in this conjuncture. In addition, we consider the ethical dimension of the CHA's work, as well as the precariousness of human and structural resources of health services, as other challenges to be faced by CHA in their practice.

Keywords: Unified health system; Primary health care; Community health workers; Interpersonal relations; Qualitative design.

Sobre os Autores

P. H. C. G.
orcid.org/0000-0003-1158-8199
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre, RIO GRANDE DO SUL (RS)
pedro_gil12@hotmail.com

G. C. E.
orcid.org/0000-0002-6757-1954
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre, RIO GRANDE DO SUL (RS)
georgius.esswein@gmail.com

R. O. M.
orcid.org/0000- 0001-8098-692X
Universidade Federal de Sergipe (UFS) – São Cristóvão, SERGIPE (SE)
rodrigomacha-do.psicologia@gmail.com

A. P.
orcid.org/0000-0002-1777-5860
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre, RIO GRANDE DO SUL (RS)
adolfopizzinato@hotmail.com

Direitos Autorais

Este é um artigo aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.

Desde os anos 1990, início do Sistema Único de Saúde (SUS), diversos programas nacionais para a saúde da população foram criados para garantir a assistência integral preconizada pela Reforma Sanitária. Nesse período, destaca-se a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), posteriormente rebatizado de Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1992 (Ministério da Saúde, 2001). Tratava-se da institucionalização de diversas experiências anteriores de recrutamento de moradores dos territórios aos serviços de saúde para atuarem como auxiliares dos serviços de saúde em atividades de mobilização social, orientação e atenção individual. Inicialmente, o profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) tinha como funções o cadastramento da população, identificação de áreas de risco e ações de promoção e proteção à saúde da criança e da mulher, além da realização de práticas de controle e prevenção de doenças contagiosas, como a cólera (Ministério da Saúde, 2001).

O sucesso do PACS, expresso pela diminuição dos índices de mortalidade infantil e aumento da cobertura vacinal e aleitamento materno, permitiu a formulação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, ampliando ainda mais a atuação do ACS e descentralização das ações em saúde (Portaria nº 2.436, 2017). O PSF, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), consiste na atual e maior expressão da Atenção Básica no país, que tem como um dos principais objetivos o atendimento à família, expandindo o foco da saúde apenas do indivíduo para uma perspectiva de territórios e coletivos. A consolidação desse modelo de Atenção Básica, com foco na saúde da família e no território, foi possível a partir da construção de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Ministério da Saúde, 2006). Foi através da mesma que se estabeleceu diretrizes para a contratação, formação e atuação dos ACS.

Por outro lado, recentemente se observa uma política de desmonte da Atenção Básica, iniciado após o golpe de 2016, com importante impacto no trabalho dos ACS. Nesse contexto, cabe mencionar as alterações propostas pela atualização da PNAB (Portaria nº 2.436, 2017), que descaracterizam e precarizam o trabalho dos ACS de diversas formas. Primeiramente, por não reconhecer o ACS como um trabalhador necessário em todos os contextos (Morosini & Fonseca, 2018), além da proposição da ampliação das atribuições do ACS, descrevendo funções semelhantes ao técnico de enfermagem e fragilizando o mais relevante em seu trabalho: o caráter preventivo e educativo de suas intervenções (Morosini & Fonseca, 2018; Silva et al., 2020). Outros acontecimentos que merecem destaque para o processo de desmonte da Atenção Básica foi a necropolítica que orientou a gestão da pandemia de Covid-19 (Santos et al., 2020), a extinção dos NASF-AB (Santana et al., 2022) e a nova proposta de financiamento da Atenção Básica ("Previne Brasil"), que pode comprometer a universalização da saúde (Massuda, 2020).

Em termos operacionais, a ESF conta com uma equipe mínima de profissionais, sendo: médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e os ACS (Portaria nº 2.436l, 2017). O ACS continua sendo parte essencial da ESF, possuindo funções estratégicas de ser o elo de ligação entre o serviço e a comunidade, devido a uma particularidade de sua atuação: ao mesmo tempo em que é um profissional da equipe, também é um morador do território (Andrade & Cardoso, 2017; Portaria nº 2.436, 2017; Broch et al., 2020; Faria & Paiva, 2020; Rocha et al., 2020).

Por residir no território de sua prática, o ACS é o profissional que conhece a comunidade em que atua mais do que qualquer outro profissional da equipe de saúde, considerado o interlocutor entre os saberes e demandas da comunidade aos saberes técnicos dos profissionais de saúde (Broch et al., 2020). Além disso, atua em múltiplas posições em suas ações cotidianas, através da lógica institucional dos serviços de saúde e enquanto representante da comunidade, da qual também tem uma relação de pertencimento. Para tanto, é necessário que o ACS tenha uma escuta constante e construa vínculos relacionais. Contudo, essa diversidade de relações e posições do ACS, em relação à comunidade e aos serviços de saúde, é apontada na literatura tanto como uma possibilidade de atenção à realidade e atual demanda da comunidade, quanto um desafio para o seu trabalho e para os serviços de saúde (Faria & Paiva, 2020).

Portanto, considerando as diferentes posições que o ACS pode ocupar, enquanto profissional de saúde da ESF e morador da comunidade, torna-se relevante compreender como estabelecem-se as diferentes relações entre essas diferentes instâncias. Sendo assim, o objetivo deste artigo é investigar a diversidade de relações entre ACS, comunidade e serviços de saúde, bem como os desafios envolvidos no trabalho do ACS, sob a perspectiva de três ACS do Distrito Nordeste de Porto Alegre, RS.

A fim de alcançar tais objetivos recorreu-se ao referencial teórico da Psicologia Cultural, especificamente a leitura identitária posicional apresentada no modelo do self-dialógico (Hermans, 2001a; 2001b). Tal teoria de base possibilita o entendimento de como a construção das relações sociais se constituem através de diálogos internos, nos quais as diferentes vozes sociais interiorizadas entram em disputa para emergência e manutenção frente às demais, sejam estas expressas na ordem do pensamento ou do comportamento emitido. Acredita-se que essa possa ser uma contribuição da Psicologia para a Saúde Coletiva, que, por sua vez, consiste em uma epistemologia que necessita e se beneficia do diálogo e articulação de diferentes saberes de Ciências Sociais e da Saúde (Osmo & Schraiber, 2015). Considerando que o fazer em saúde é composto de relações e posições dos sujeitos, entender como essas relações são constituídas e como as vozes sociais entram em disputa colabora para a construção de saberes nessa ampla área do

conhecimento. É nesse ínterim que essa investigação se propõe a contribuir.

MÉTODO

Participaram deste estudo três ACS vinculados às três equipes da ESF da Atenção Básica do SUS, todas situadas no Distrito Nordeste de Porto Alegre, RS. Os participantes, dois homens e uma mulher, possuíam o primeiro grau completo e ingressaram em seus cargos por meio de concursos públicos. No momento das coletas, Alcione (52 anos) e Valdeci (39) trabalhavam como ACS no mesmo território há 12 anos, enquanto João (45 anos) atuava há 16 anos na profissão. Todos eram moradores dos respectivos territórios em que suas equipes ESF eram adscritas. A seleção desses profissionais de saúde se deu por conveniência, considerando um único critério de exclusão: ter atuação mínima de um ano como ACS no território. Entre os motivos que estabeleceram o limite de 3 participantes nesta pesquisa está o número de ACS que aceitaram ser acompanhados nas suas atuações na comunidade e no próprio serviço de saúde, elemento que oportunizou uma perspectiva de profundidade nas análises de suas posições identitárias ocupadas e atribuídas pelas diversas instâncias envolvidas.

O delineamento do estudo consiste em um estudo de caso múltiplo (Stake, 2006), qualitativo e transversal. Esse delineamento possibilita análises em profundidade de eventuais semelhanças ou diferenças dos fenômenos e populações estudadas. Considerando a construção de uma investigação com no mínimo dois casos, de modo que a quantidade não é um fator relevante para a qualidade do estudo e aprofundamento dos dados. Destaca-se, ainda, que o conjunto de informações de múltiplos casos proporcionam melhor compreensão e/ou teorizações sobre os objetos de estudo (Stake, 2006).

Além disso, partiu-se do pressuposto de que, em estudos qualitativos, o importante é a busca pelo novo, e que este precisa ser considerado, mesmo que apareça de forma singular (American Psychological Association [APA], 2020). Desta forma, o presente estudo também não preconizou pela saturação teórica dos dados, mas, em consonância com Henwood e Pidgeon (2010), entende-se que a riqueza desse desenho de estudo está na essência do fenômeno estudado e, consequentemente, nos sentidos do que se está tentando compreender, sem o objetivo de quantificar. Portanto, exemplos únicos de relato sobre as experiências e desafios do trabalho dos ACS foram considerados elementos de análise por sua relevância, não objetivando uma lógica de generalização, mas a produção de dados que ajudem a compor um corpus de conhecimento sobre a temática a partir de percepções e experiências em diferentes contextos.

Enquanto instrumentos, utilizou-se de entrevistas narrativas (Jovchelovitch & Bauer, 2008), que continham perguntas que abordavam o histórico de vida dos sujeitos, bem como as relações interpessoais e desafios presentes em sua prática profissional. De acordo com os autores Jovchelovitch e Bauer (2008), essa proposta de entrevista preconiza pela ausência de estruturas fixas que direcionem o rumo das narrativas a priori. No entanto, apresenta questões iniciais que proporcionem ao entrevistado um espaço livre para seguir suas próprias associações sobre as temáticas. Tal formato está em consonância com o objetivo do estudo, já que se tentou ilustrar a diversidade do caráter relacional implicado na prática profissional do ACS, além de considerar a própria relação entre pesquisador e pesquisado.

As entrevistas foram conduzidas individualmente na modalidade presencial, anteriormente ao período de pandemia de Covid-19, com duração aproximada de 1 hora, no território e horário de trabalho dos participantes. Todas foram gravadas e transcritas para fins de análise. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CAEE: 12189412.8.0000.5336) e adotou todos os princípios éticos preconizados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo todos os participantes assentido ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os nomes dos participantes foram substituídos para garantir sua confidencialidade.

Os dados das entrevistas foram submetidos à análise temática indutiva (Braun & Clarke, 2019), que consiste em um método utilizado para identificar, analisar e relatar padrões – denominados temas – dentro dos dados. Os pressupostos dessa análise se organizam em seis estágios: (1) familiarização com os dados por meio da leitura e releitura; (2) geração de códigos iniciais de acordo com características interessantes ao objetivo; (3) busca por temas através do agrupamento de códigos em temas potenciais; (4) revisão dos temas a partir do conjunto de dados completo; (5) definição e nomeação dos temas para refinamento das especificidades e (6) a produção do manuscrito de análise. Desta forma, os dados foram exaustivamente analisados, ao ponto que foi possível perceber semelhanças ou diferenças nas narrativas dos participantes com relação a diversidade de relações e desafios envolvidos no seu trabalho.

Considerando o delineamento do estudo (Stake, 2006) e as premissas do tipo de análise escolhida (Braun & Clarke, 2019), os autores deste manuscrito priorizaram constar diversos recortes das falas dos participantes. Desta forma, acredita-se que seja possível a constatação da análise dos casos em profundidade, bem como suas eventuais semelhanças e diferenças.

RESULTADOS

A análise indutiva dos dados permitiu que se organizasse três eixos centrais de análise, os quais versam sobre a diversidade de relações e desafios entre: ACS e sua

comunidade; ACS e serviços de saúde; e comunidade e serviços de saúde, sob a perspectiva dos ACS.

ACS E SUA COMUNIDADE: OS DESAFIOS IMPLICADOS NA POROSIDADE DAS FRONTEIRAS RELACIONAIS

Em termos da diversidade de questões que circundam as dinâmicas entre ACS e comunidade, chamou a atenção nos dados a porosidade das fronteiras das relações e posições ocupadas por ambos, bem como os respectivos desafios implicados. De início, destaca-se que os ACS, enquanto profissionais de saúde e, consequentemente, figuras representativas do *"posto"* (*Valdeci, Alcione, João*) (serviços de saúde), descrevem os moradores da comunidade como *"pacientes"* e *"vizinhos"*. Trata-se de uma tentativa de separação de diferentes posições atribuídas aos moradores, algo que é considerado um movimento imprescindível para a condução do trabalho: *"A gente separa né, vizinho, paciente... Tem que saber, senão não dá certo"* (*Valdeci*). Mesmo que essa clivagem das representações com relação aos moradores seja comumente referida como algo já dado, inclusive pelas políticas de saúde, cabe questionar o quanto, na verdade, constitui um dos principais desafios do trabalho dos ACS, especialmente quando se compara a relação que outros profissionais estabelecem com a comunidade: *"É bem complicado, às vezes o agente comunitário, a gente não consegue separar. O médico e o técnico têm outros contatos. A gente tá toda a vida ali, vê todo o dia passando na rua"* (*Alcione*).

Em termos de como os ACS acreditam ser percebidos pela comunidade, as definições convergem em uma posição intermediária, como um *"elo de informação"* (*João*) entre os serviços de saúde e a comunidade. Trata-se de uma relação que, novamente em comparação aos outros profissionais de saúde do território, denota ter maior proximidade e importância para os moradores: *"A relação da comunidade, do agente, é mais forte que a enfermeira, que o médico, que a técnica de enfermagem"* (*João*). Em contrapartida, apesar de parecer que ocupam essa posição de "elo de ligação entre as instâncias", os ACS referem que procuram demarcar a posição que estão ocupando no momento de interagir com a comunidade: *"Às vezes eu digo 'estou vindo aqui como agente comunitário'. Até no final de semana, quando eu vejo alguma coisa, eu digo 'não to no meu horário'"* (*Alcione*). Contudo, cabe questionar se é possível separar essas posições tão categoricamente, tanto em termos da percepção da comunidade, quanto dos próprios ACS. Constitui-se, portanto, um paradoxo que versa sobre as (im)possibilidades de dicotomizar subjetivamente as posições atribuídas e ocupadas na relação com os moradores.

Nesses entrelaçamentos, mesmo que os profissionais procurem demarcar essas posições no momento de sua atuação, os relatos denotam que a comunidade enfrenta maiores desafios na tentativa de separar as posições ocupadas pelos ACS: *"Às vezes eles misturam as coisas"* (*João*). Assim, a posição do ACS que acaba por prevalecer para a comunidade não é de profissional de saúde, mas de morador: *"A maioria das pessoas da minha comunidade não me enxergam como agente de saúde, mas como Valdeci, amigo da família"* (*Valdeci*). Questão que possui suas reverberações para os ACS, sobretudo em relação ao desafio de morar e trabalhar no mesmo espaço, o que não delimita, inclusive, um horário para sua jornada de trabalho: *"O ACS trabalha 24 horas por dia"* (*Alcione*) e *"Estou no meu lazer e tal... Não tem diferenciação. É sábado, é domingo, é de noite, às vezes é sete horas da manhã, às vezes é seis horas da manhã, e o pessoal bate na tua casa"* (*João*). Esses relatos se associam com certa dependência da comunidade em termos de orientações do ACS, o que demanda, invariavelmente, maior disponibilidade do profissional para suas funções.

Esses desafios em estabelecer fronteiras de horário e local de trabalho parecem ser amplificados em virtude da busca dos moradores por atendimento em qualquer momento. Algo que acabou por se tornar, na verdade, uma exigência velada dos moradores em relação aos ACS. Em situações hipotéticas em que o profissional não se disponibilizaria para o atendimento, por não estar em seu horário de trabalho, a comunidade passaria a questionar sua confiabilidade e função no território: *"Se eu dizer assim – 'Vem amanhã que amanhã eu vou na tua casa fazer a carteira'. Eu vou perder todo o respeito que eu tenho com essa família"* (*João*). Torna-se importante refletir o quanto essas imposições dos moradores colocam o ACS em uma condição mandatória e de sobrecarga, uma vez que precisam estar constantemente disponíveis, seja física ou subjetivamente. Em situações em que isso não ocorre: *"eu vou ganhar um inimigo"* (*João*).

Sendo assim, a porosidade das fronteiras relacionais entre ACS e comunidade é também permeada por diversas ambivalências. Os relatos denotam que os ACS, por vezes, ocupam uma posição de cuidado para com a comunidade e, em outras, de cobrança. Parece tratar-se de algo novamente dicotomizado, já que *"ou tu tá do lado do povo, ou tu é do lado do serviço"* (*Valdeci*). Na posição de apoio, as dimensões de identificação e vínculo com o profissional são destacadas, principalmente no momento em que os moradores buscam diretamente ao posto: *"Eles sabem que tem coisa que eles não têm coragem de contar pros profissionais aqui de dentro e acabam contando pra ti"* (*Alcione*). No recorte, parece não se tratar da figura ACS estritamente profissional, mas do ACS-morador, já que os relatos sugerem que a comunidade prefere ser atendida por profissionais de saúde que compartilhem das vivências do território: *"Tu tá ali nessa mesma realidade, tu vive mais no mesmo ambiente (...) Às vezes eles chegam ali e falam eu quero falar com a Alcione, mas qualquer um pode resolver"* (*Alcione*).

Por outro lado, quando é necessário cobranças mais diretivas sobre práticas em saúde, os ACS relatam maiores desafios nas relações com a comunidade. Seja em termos de prevenção: *"É chato mesmo, às vezes tu tem que entrar no pátio da pessoa da casa e dizer – 'agora tu vai ter que fazer assim'. Tem gente que não gosta"* (*Alcione*), ou em intervenções verticalizadas, as quais colocam os ACS em condições delicadas e que, apesar de provavelmente imprescindíveis, podem comprometem o vínculo com a família: *"Às vezes tu tem que denunciar o teu vizinho pro conselho tutelar, isso é meio complicado"* (*Valdeci*). Esses desafios da dimensão ética do trabalho aparecem de outras formas nos relatos, como em relação ao sigilo das informações e à contenção de opiniões pessoais e negativas sobre terceiros, tendo em vista as possíveis proximidades familiares entre os moradores: *"Tem que saber ter o sigilo né, nessa parte é meio complicado* (...) *quase todo mundo é parente, eu sempre digo, não pode falar mal do amigo de ninguém, pois tu pode estar falando de um primo da pessoa"* (*Alcione*).

Portanto, cabe refletir o quanto as prerrogativas do trabalho do ACS podem despertar ambivalências e ambiguidades, tanto nos moradores da comunidade quanto no próprio ACS. É como se esses profissionais estivessem constantemente perpassando por posições de cuidado e cobrança para a comunidade. Nesse sentido, há de se considerar os efeitos dessa volatilidade de posições, já que quando o ACS não atende aos interesses dos moradores, passa a ser percebido como cúmplice dos serviços, em oposição à comunidade, o que institui um dos principais desafios para o trabalho do profissional no território: *"Esse trabalha no posto de saúde e não vai fazer mais nada pela comunidade"* (*João*). Trata-se de algo que tem implicações diretas no trabalho, já que os moradores passam a resistir em receber os ACS em suas casas ou procurá-los para orientações em saúde: *"Muitas vezes tem traficante, tem bandido e tu tem que entrar na casa dessas pessoas, no momento que tu perdeu o vínculo com a comunidade, tu já é recebido no portão e deu, não deixam entrar"* (*João*).

Nessas conflitivas, o ACS é também culpabilizado pelo funcionamento burocrático do posto e pelas deficiências nos serviços de saúde: *"Aquela família esteve aqui e não conseguiu a receita – 'ah o culpado foi o agente de saúde"* (*João*). Situações em que os ACS precisam estar constantemente se defendendo e explicando para a comunidade as suas possibilidades e limitações no trabalho, no intuito de não fragilizar o vínculo estabelecido com os moradores: *"Geralmente a gente explica que não é culpa nossa, eu sempre digo, tá aqui, se tu quiser ver eu te mostro onde está o papel que foi feito"* (*Alcione*). Assim sendo, pode-se pensar que, ao mesmo tempo em que o ACS é um elo de ligação entre comunidade e serviços de saúde, as próprias atribuições do profissional podem colocar em xeque a confiabilidade e o vínculo, elementos que sustentam a diversidade de relações e posições envolvidas em seu trabalho.

ACS E O SERVIÇO DE SAÚDE: UM REPRESENTANTE DO TERRITÓRIO NA UNIDADE DE SAÚDE (UBS)

Devido ao fato de o ACS exercer um trabalho de mão dupla na relação entre equipe de saúde e comunidade, percebe-se momentos de mobilidade entre essas duas posições. Tal processo é descrito pelo ACS ao referir que: *"O agente é cúmplice do serviço"* (*João*), mas ao mesmo tempo reconhecendo que: *"A força dele não tá no serviço, tá na comunidade"* (*João*). Por vezes, parece haver um esforço para reconhecer o seu papel enquanto representante da comunidade, além de quem exercerá a função de possibilitar que as demandas das famílias cheguem às UBS: *"Tem nas reuniões de serviço, tu tem que lembrar que representa uma comunidade, será que é isso que a comunidade quer?"* (*João*). Outro conflito parece ocorrer entre o que os serviços de saúde avaliam enquanto bons indicadores de trabalho, e como a comunidade avalia a atuação da equipe de saúde. Ao mesmo tempo em que o ACS é cobrado por número de atendimentos: *"Por que muitas vezes o agente de saúde é cobrado com números"* (*João*), a comunidade demanda do ACS a resolução de suas demandas. O diálogo com a equipe nas reuniões é o encaminhamento para tal impasse, conforme descreve o ACS: *"Tudo isso tu vai colhendo nas reuniões de serviço e tu vai debater"* (*João*).

Um importante elemento destacado pelos ACS sobre sua relação com os serviços de saúde é a confidencialidade com que tratam assuntos íntimos das famílias e território. Por morarem no território, os ACS têm acesso a mais informações pessoais e estabelecem maior relação de confiança com os moradores, conforme apontado no tema anterior. Nesse sentido, reconhecem que tal relação é valiosa e assim devem expor aos demais profissionais de saúde apenas aquilo que for necessário: *"Se a pessoa me pediu, a não ser que seja muito importante, eu não falo. Se falo, peço pra não dar a entender que eu contei, pra não perder esse vínculo"* (*Alcione*). Um ACS também destaca a importância de se manter ético e não expor julgamentos sobre as famílias para seus colegas da UBS: *"No momento que eu disser para o meu colega: tal família é isso, tal família é aquilo, tô sendo antiético"* (*João*). A relação de confiança com a comunidade é percebida enquanto elemento fundamental para o trabalho do ACS, portanto, evitam expor à equipe de saúde situações que possam prejudicar tal vínculo.

Na relação com a equipe de saúde, o ACS também pode ocupar diferentes posições. Por um lado, o ACS é visto como um "transtorno", considerado um entrave na relação entre equipe de saúde e comunidade: *"Eles veem o agente como transtorno. Às vezes chega um usuário aqui e bota a boca* [briga]. *Aí muitas vezes o técnico de enfermagem acha que o agente influi nisso aí"* (*João*). Por outro, também reconhecem

que se o ACS tiver formação para realizar procedimentos simples, os quais podem desafogar a demanda da equipe de saúde, o serviço de saúde tem a se beneficiar: *"No momento em que a equipe vê os agentes da saúde como profissionais da saúde, o serviço tende a ganhar"* (*João*). Sendo assim, da mesma forma como para a comunidade, a própria equipe de saúde atribui ao ACS posições polarizadas e fluidas: ora é considerado um profissional de saúde, ora é considerado um morador da comunidade.

Um desafio identificado para a realização do trabalho do ACS, relacionado com os serviços de saúde, sobretudo a gestão, é a falta de formação e investimentos em recursos para o seu trabalho. Por falta de formação, entende-se tanto a do ACS, como no caso em que a participante foi "capacitada" por sua colega, quanto a falta de formação de seus colegas de equipe de saúde. Destaca-se também a ausência de investimentos em espaço físico e nos materiais utilizados em campanhas de saúde como outras problemáticas: "*Se a gente precisa fazer um grupo grande, não tem como fazer, pois não temos uma sala de grupo* (...) *No carnaval, as camisinhas e coisas, chegaram dez dias depois"* (*Alcione*). Ademais, ressalta-se que as atividades burocráticas e preenchimento de relatórios são referidos como outros desafios para a realização do trabalho fora da UBS, que é o que mais caracteriza o trabalho do ACS: *"Uma coisa que angustia também é a papelada né.* (...) *Tu acaba perdendo tempo, a invés de fazer o trabalho mesmo"* (*Alcione*). Ainda, os ACS entendem que seria importante que existisse outro profissional para solução das demandas administrativas: *"Acho que tem que ter uma pessoa pra fazer o trabalho e a gente fazer mais na rua assim"* (*Valdeci*).

COMUNIDADE E SERVIÇO DE SAÚDE: IMPLICAÇÃO DA EQUIPE E PARTICIPAÇÃO DOS MORADORES

Em termos das percepções dos ACS sobre a relação entre a comunidade e os serviços de saúde, um participante destaca que é necessário que os profissionais da equipe de saúde estejam implicados com os moradores e suas particularidades. Ainda refere que é importante que os profissionais consigam trabalhar com todos os públicos, pois: *"Na comunidade tem todo o tipo de pessoas, pessoas bem limpas, pessoas bem sujas, pessoas mal-educadas, pessoas bem educadas, marginal, traficante"* (*João*). Para o ACS, é necessário ter uma relação de respeito para com todos os moradores e usuários do serviço, o que pode implicar em um perfil específico do profissional que atua nas equipes da ESF: *"Então tem que ter perfil pra trabalhar com esse público"* (*João*). Já para outro participante, alguns profissionais parecem não estar implicados no trabalho com os usuários, mas preocupados apenas com o retorno financeiro: *"Parece que tem profissionais que não estão trabalhando pelo amor da profissão, pelo dinheiro"* (*Alcione*). Além disso, a ACS também destaca que a relação dos profissionais de saúde para com as demandas da comunidade precisa promover a autonomia dos moradores, e não criar uma relação de dependência: *"A gente tinha uma médica que era muito boa e fazia até demais, e a comunidade ficou dependente da unidade"* (*Alcione*).

Dois ACS também referiram a importância da participação e do respaldo da comunidade para o funcionamento dos serviços de saúde. Na perspectiva de um deles, os usuários dos serviços precisam expor suas demandas, mas para além disso: *"A comunidade também pode dar alguma ideia, algum respaldo. O serviço só funciona se tiver respaldo da comunidade"* (*João*). O que é denominado como "respaldo" parece referir-se a um controle social sobre a gerência da UBS, pois de acordo com o ACS, uma liderança comunitária pode até mesmo: *"Afastar um coordenador, médico, enfermeira"* (*João*). Já outro ACS relata uma experiência em que tentou-se montar um Conselho Gestor para efetivar a participação da comunidade na gerência de sua Unidade de Saúde, com o intuito de promover: *"Mais participação do usuário, no posto pra entender a situação e o atendimento do Posto como que é feito né"* (*Valdeci*). O ACS parece apostar na força que a comunidade tem quando atua em parceria com a gestão da UBS, pois *"Não depende só de nós trabalhadores, vem lá de cima a situação"* (*Valdeci*).

Por fim, destaca-se a falta de profissionais e desorganização dos serviços como elementos que prejudicam a relação entre serviço de saúde e comunidade. Nesse sentido, Alcione descreve que em situações é cobrada por moradores sobre a presença de profissionais: "*Tu sai na rua e a primeira coisa é 'cadê o nosso médico?'*" (*Alcione*). E por vezes, não tem a informação correta para fornecer, por falta de comunicação dentro do serviço. Essas falhas na comunicação são vistas como prejudiciais para a relação do profissional ou da equipe de saúde com os usuários, as quais podem interpretá-la como displicência: *"Cheguei aqui, depois de 15 minutos, chegou uma médica de um outro posto, ninguém sabia que ela ia vir"* (*Alcione*). Desta forma, cabe refletir também como essas relações podem ser frágeis e perpassam uma constante preocupação de que os ACS possam ser mal interpretados, ainda que tais impasses estejam relacionados à dificuldade de organização da equipe de saúde.

DISCUSSÃO

O paradigma de atuação do profissional ACS pode ser pensado como sui generis, uma vez que as suas funções transcendem as práticas do campo da saúde e perpassam múltiplas dimensões do território e das condições de vida da população atendida (Andrade & Cardoso, 2017). Nesse sentido, a partir da análise dos dados, identificou-se que desempenhar a função de ACS na comunidade implica em uma diversidade de relações e posições, ocupadas e atribuídas, pelas diferentes instâncias envolvidas, sejam estas de ordem institucional, comunitária ou individual.

Nesses entrelaçamentos, cabe refletir que um dos principais desafios do trabalho desses profissionais pode constituir-se justamente na delimitação dessas fronteiras porosas relacionais, estabelecidas entre serviços de saúde-ACS-comunidade.

Apesar desse caráter das relações serem descritas pelas políticas públicas de saúde enquanto uma questão inerente à função do ACS (Portaria nº 2.436, 2017), tratando-a como algo já pronto e consolidado a priori, é importante colocar em questão que os profissionais participantes do estudo pareceram dispor de um constante investimento subjetivo em tentar separar as diferentes e fluídas posições que ocupavam perante os serviços de saúde e os moradores da comunidade. Corroborando este achado, o estudo cartográfico conduzido por Chuengue e Franco (2018), que envolveu a realização de observação participante, caderno de campo e entrevista estruturada com ACS da cidade do Rio de Janeiro, também identificou a complexa posição paradoxal ocupada pelo ACS. Se por um lado a sobreposição das posições de morador e profissional de saúde podem oportunizar um enriquecimento do cuidado à saúde dos usuários, considerando aspectos do território, por outro, colocam o ACS numa posição de poder sobre a vida dos usuários, que muitas vezes, não estão preparados para exercer. Destaca-se nesse aspecto o caráter de concretizar constantemente, através da nomeação, a posição identitária que o ACS representa frente ao seu interlocutor, assinalando como essa relação de fronteira ganha contornos que necessitam demarcações para todos os atores envolvidos no processo comunicacional. Conforme a concepção da multiplicidade de vozes internalizadas, os sujeitos ocupam diferentes posições de acordo com o tempo, espaço e interlocutor (Hermans, 2001b).

O jogo de posicionamento dessas vozes configura-se desde uma dinâmica de valência das mesmas de acordo com as demandas contextuais, ou seja, na iminência da situação o posicionamento na interação com a comunidade pode pender tanto para a de servidor da saúde, vizinho, amigo ou outra posição do Eu. Nesse sentido, uma das interpretações possíveis para resolver tal conflito, seria que a eleição de determinada posição tende a ser mediada na busca de resoluções eticamente guiadas. Em outros termos, o self se posicionaria declarando as regras morais que o guiam, sendo sempre esse exercício realizado com maior facilidade quando não estão contempladas situações marcadas por ambiguidades (Stam, 2010).

Essa conflitiva, inexoravelmente, produz efeitos nas dimensões psicossociais dos profissionais ACS. Impactos das condições e características do trabalho dos ACS foram elencados em uma revisão integrativa (Medeiros et al., 2016), a qual apontou repercussões nas dimensões psicossociais do sujeito em termos de sintomas físicos (como cansaço, exaustão e adoecimentos), psicológicos (estresse, ansiedade, depressão, entre outros) e que, de sobremaneira, são intensificados na dinâmica comunitária-social de sua função. Nesse sentido, o fato de morar na comunidade é percebido como um dos principais desafios a serem enfrentados pelos sujeitos ACS, sobretudo pelos possíveis constrangimentos ocasionados quando se atende os diferentes interesses das relações e posições envolvidas em seu trabalho.

Já na perspectiva das políticas públicas e publicações científicas, os ACS são comumente referidos, tanto em nível dos documentos oficiais (Portaria nº 2.436, 2017) como também na literatura da área (Alonso et al., 2018; Oliveira et al., 2022; Rocha et al., 2022), enquanto um "elo de ligação" entre serviços de saúde e comunidade. Neste ponto, caberia questionar a neutralidade implícita nesta definição, a qual, paradoxalmente, exigiria um profissional dessubjetivado para exercer um trabalho de interlocução entre as diferentes instâncias envolvidas, sem identificar-se com nenhuma delas. Como bem refere Onocko-Campos (2014), na verdade, há sempre uma implicação subjetiva do profissional ao exercer práticas de cuidado em dispositivos de saúde pública, sobretudo quando se trata de funções que se fundamentam em um vínculo proximal com o território e usuários, como as dos ACS. Sendo assim, apesar dos esforços dos ACS entrevistados em tentar delimitar fronteiras rígidas entre "ser profissional" e "ser morador", os seus afetos e resistências se misturam com os de outras subjetividades do território, denotando a impossibilidade de manter-se em uma posição imparcial, sem favorecer ou desfavorecer lados, como um elo de ligação que seria supostamente responsável apenas por receber e reproduzir informações.

Ainda, por um requisito legislativo das políticas de saúde (Portaria nº 2.436, 2017), os ACS trabalham no mesmo local que residem. Sendo assim, as fronteiras geográficas e temporais entre trabalho e vida pessoal desses profissionais também são difíceis de serem delimitadas, implicando outros desafios relacionais com os moradores. Fruto dessas relações misturadas, os moradores sentem-se autorizados a estabelecer diversos outros níveis de exigências, por vezes veladas, que variam desde a procura por atendimento fora do seu horário de trabalho, até demandar que seus interesses pessoais sejam priorizados e atendidos. Inclusive, devido à sua proximidade com as pessoas do território, o ACS ainda corre o risco de ser culpabilizado quando há deficiências nos serviços de saúde, mesmo que a situação esteja além de suas possibilidades ou atribuições de trabalho. Portanto, há de se considerar que o manejo dessas relações entrelaçadas e suas respectivas cobranças podem configurar uma sobrecarga e desgaste emocional do profissional ACS. Achados da revisão integrativa de Oliveira et al. (2022) ilustram essa discussão ao afirmarem que, por se tratar de profissionais que moram na comunidade, o fácil acesso a esses profissionais também é responsável pela sobrecarga de trabalho que extrapola as funções estabelecidas para esse profissional. E, portanto, tem potencial de gerar sofrimento psíquico.

Já em situações em que há conflitos entre os serviços de saúde e a comunidade, os moradores exigem que seus interesses sejam apoiados pelos ACS, imprescindivelmente. Caso contrariados, passam a evitar receber visitas do profissional, os acusando de terem se tornado "inimigos" (sic) da comunidade e cúmplices dos serviços de saúde, concretizando a premissa dicotômica destacada por um participante do estudo: *"Ou tu tá do lado do povo, ou tu é do lado do serviço"*. Desta forma, pode-se pensar que os ACS oscilam por posições de cuidado e cobrança para com a comunidade, dependendo se os moradores, de uma maneira geral, sentem-se satisfeitos com os serviços de saúde ou não. Trata-se de uma questão que destitui, novamente, a ideia de que cargo de ACS é uma profissão de "elo de ligação" imparcial, já que em determinadas situações, a parcialidade acaba tornando-se um requisito necessário e conciliatório para efetivação de seu trabalho. Entretanto, cabe refletir em que medida é possível não ceder a essas exigências da comunidade, pois além do risco de fragilizar o vínculo com a população e impedirem que o seu trabalho seja realizado, também envolvem os desafios implicados nas relações e cobranças que se misturam em sua figura profissional-morador.

Não obstante, nessas (im)parcialidades, a atuação do profissional ACS acaba por se complexificar quando se considera as suas relações com os serviços de saúde. Como observado nos dados, devido aos ACS precisarem ceder a algumas demandas individuais e coletivas da comunidade, estes são considerados pelos demais profissionais da saúde como um "transtorno". Pode-se pensar que o transtorno se refere a uma investida contra o mantenimento do status quo das UBS, já que os moradores passam a sentirem-se autorizados a transpor as exigências, previamente endereçadas aos ACS, para os serviços de saúde. Ainda, pode-se conjecturar que os demais profissionais de saúde também requerem que os ACS assumam uma postura parcial em situações conflitivas, todavia, favorável aos serviços de saúde e não à comunidade – uma certa atualização e inversão do emblema: *"ou tu tá do lado do serviço, ou tu é do lado do povo?"*. Ou seja, há uma intersecção de desafios imbricados na profissão do ACS: os seus pressupostos preconizam por uma neutralidade utópica e imparcial, ao passo que é disputado e convocado a tomar partidos entre diferentes instâncias que, frequentemente, são opostas, mas que atravessam o seu trabalho: os interesses dos serviços de saúde e os da comunidade. Sendo assim, a especificidade do trabalho do ACS, que implica nessa diversidade de posições, parece ser um dos principais desafios de seu trabalho.

Alguns estudos têm retratado alguns desafios relacionados a essa especificidade da identidade do ACS dentro das equipes. O estudo de Rocha et al. (2020), que entrevistou 79 profissionais de diferentes formações, também identificou uma dicotomia entre "nós" e "eles", realizada dentro da própria equipe de saúde, ao referirem-se aos ACS, por vezes retratados enquanto um entrave. Assim como o estudo cartográfico de Chuengue e Franco (2018), que observou a existência de exercício de poder entre diferentes profissionais da mesma equipe, sobretudo com ACS. Outros estudos também apontam a desvalorização dos ACS tanto por parte da equipe (Beckert et al., 2022) quanto por parte da própria comunidade (Bezerra & Feitosa, 2018). Dessa forma, observa-se que a literatura também vem descrevendo essa dicotomia a partir de seus efeitos, ou seja, pelo impasse identitário do ACS: ora profissional de saúde, ora morador. Portanto, o efeito de colocar este profissional em uma posição à parte da equipe pode ser tanto de afastar o ACS de seu serviço como afastá-lo da comunidade (Rocha et al., 2020). Ou seja, nos parece que pela diversidade de posições às quais o ACS é convocado a responder, o profissional acaba por ficar sem um lugar definido.

Há outras ambivalências e ambiguidades que foram observadas na relação ACS-serviços de saúde. Os ACS situam-se em uma posição singular em relação aos demais profissionais de saúde no que diz respeito a informações ou impressões suas sobre os moradores da comunidade. A necessidade de uma postura descrita como *"ética"* foi referida como a necessidade de avaliar quais as informações dos moradores podem ou não devem ser reveladas para os seus colegas de equipe. Dessa forma, o ACS precisa filtrar o que contará à equipe e o que não revelará ou silenciará. Sendo assim, considerando as ambivalências e deslocamentos entre "elo" e "transtorno" para os serviços de saúde; e "inimigo" ou "representante" para os moradores da comunidade, o ACS segue um *ethos* – uma referência própria de como agir, pautada em seus critérios, que ponderam as relações existentes. Esse *ethos* resguarda a privacidade dos moradores desde que não seja algo *"muito importante"* a ser revelado. Ou seja, dependendo de como o ACS avaliar, será necessário recorrer à equipe de saúde. Nesses casos, há uma tentativa de evitar o enfraquecimento do vínculo com o usuário do serviço negando a quebra do sigilo, pedindo para *"não dar a entender que eu contei"*. Em casos de violência, se para os demais profissionais fazer os encaminhamentos na rede de proteção social já é um trabalho difícil, para os ACS essa situação se complexifica, pois o medo de retaliações se faz presente (Monteiro, 2019).

A implicação de residirem e trabalharem, muitas vezes, em um contexto social de violência têm sido descritas enquanto um fator de sofrimento para os ACS. Essa condição é apontada como prejudicial para a saúde mental dos profissionais (Santos et al., 2017), além de torná-los ainda mais vulneráveis (Alonso et al., 2018), tendo em vista a idiossincrasia de seu trabalho, atravessado por um conflito de demandas e exigências entre UBS e comunidade. O que pode, invariavelmente, aumentar o medo de sofrer retaliações (Broch et al., 2020).

Já em termos da sua atuação dentro das UBS, ao mesmo tempo em que os ACS são cobrados por seus coordenadores a respeito de números quantitativos de visitas, também precisam apresentar resultados qualitativos, em termos de resolutividade de demandas. Sendo assim, a posição do profissional ACS também é fluída para os serviços de saúde, uma vez que passeiam pela representação de "transtorno para os serviços", como visto anteriormente, mas em outros momentos é considerado um profissional que pode auxiliar no desafogamento nos atendimentos. Entretanto, desafogar a demanda implica em realizar práticas em saúde que não estão dentro de seu escopo de atuação, mas atuar enquanto técnicos de enfermagem, promovendo um afastamento das prerrogativas de suas funções.

O estudo de revisão da literatura de Gomes et al. (2010) nos ajuda a refletir sobre essa problemática ao investigar a consolidação do trabalho do ACS no decorrer do tempo. De início, os autores discutem a respeito do caráter híbrido e polifônico que se circunscreve na profissão ACS: ser facilitador e/ou um empecilho para os serviços de saúde. De acordo com as evidências dos estudos analisados, essa dicotomia está associada ao modelo de atenção assistencial preconizado pelos serviços de saúde. Quando as práticas em saúde do ACS são de ordem curativa e burocrática, como aferimento de pressão e organização da UBS, o profissional é considerado um facilitador das demandas; por outro lado, quando atuam a partir do modelo integral e em seu real escopo de práticas, como o acompanhamento da população no território, correm o risco de serem percebidos como empecilhos, sobretudo quando identificam-se e reforçam exigências da comunidade para com os serviços de saúde. Portanto, cabe questionar em que medida ainda há resquícios cristalizados do modelo biomédico na perspectiva e práticas dos serviços e profissionais de saúde, em que tentam transgredir a função assistencialista do ACS para uma orientação meramente curativista.

Nessa reflexão, observa-se uma aposta governamental na descaracterização do trabalho dos ACS. Desde a aprovação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, o ACS pode exercer funções próximas àquelas competentes a um técnico de enfermagem, tais como medir pressão arterial, glicemia, temperatura, limpeza de curativos, entre outros. A portaria em questão, bem como a forma como essas novas atribuições do ACS são recebidas pela equipe de saúde, denunciam a valorização desse modelo biomédico de saúde e de minimização de recursos (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Esse desinvestimento nas políticas públicas produzem uma cooptação dos ACS para uma lógica assistencialista e curativista, infligindo com a promoção de saúde e autonomia, pilares que fundamentam seu trabalho. Outra consequência disso é a precariedade na formação dos ACS, a qual tem sido referida enquanto insuficiente para as demandas cotidianas que se apresentam (Faria & Paiva, 2020). Sendo assim, observa-se que além dos desafios implícitos da posição intrínseca de seu trabalho, o ACS ainda precisa lidar com um processo que busca descaracterizar ou enfraquecer a lógica que guia seu trabalho.

Em termos da estrutura dos serviços, os desafios a serem enfrentados pelos ACS dizem respeito à falta de profissionais, desorganização e precarização dos recursos das instalações de saúde. Todos esses aspectos denunciam o processo de sucateamento e desmonte de políticas públicas que vem assolando o SUS nos últimos anos. Desde 2015, quando aprovada a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 95/2015, que estipulou um teto de gastos com o SUS para os 20 anos seguintes, observou-se um decréscimo nos investimentos no SUS que vinham em constante ascensão desde o início dos anos 2000 (Massuda et al., 2018).

Diante disso, os princípios doutrinários do SUS, sobretudo a universalização do acesso, passam a ser seriamente ameaçados (Massuda, 2020). Como exemplo desse paradigma de oferta de assistência à saúde, o governo federal sancionou o programa "Previne Brasil" que, apesar de referendado como uma possibilidade de ampliação da Atenção Básica, na verdade, a nova-velha política implica em importantes mudanças no financiamento do principal nível e porta de entrada de assistência à saúde da população brasileira (Portaria nº 2.436, 2017; Massuda, 2020). Dentre os novos critérios, o repasse de verbas deixa de ser estipulado pela densidade populacional dos municípios, e passa a ser considerado pela quantidade de usuários registrados nas Unidades de Saúde dos territórios. Algo que, na prática, pode refletir em uma seleção dos usuários que receberão atendimentos, bem como uma diminuição dos medicamentos ofertados e nos serviços prestados pela Atenção Básica (Massuda, 2020). Cabe questionar em que medida esse desmonte, aliado às precarizações do trabalho dos ACS anteriormente discutidas, constitui uma problemática que produz efeitos coletivos e individuais. A nível coletivo, as atuais investidas comprometem seriamente a maior política social do país e os seus avanços alcançados nos últimos anos, dentre eles, a concretização do próprio trabalho dos ACS. Já em nível individual, tal desinvestimento pode implicar negativamente nas dimensões psicossociais dos profissionais ACS, já que estes passam a sofrer consequências da desvalorização de seu trabalho (Medeiros et al., 2016) e, para além disso, convivem com iminentes ameaças sobre a existência de sua própria profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo investigou as diferentes relações estabelecidas entre ACS, comunidade e serviços de saúde sob a perspectiva de três ACS do Distrito Nordeste de Porto Alegre, RS. A partir de uma leitura teórica do modelo do self-dialógico, que concebe que os sujeitos ocupam diferentes lugares e vozes, de acordo com espaço, tempo e interlocutor,

observou-se que a principal característica do trabalho dos ACS, de trabalhar e morar no mesmo território, é um dos principais desafios enfrentados por esse profissional.

As falas dos ACS relacionam a problemática dessa diversidade de lugares ocupados com a dificuldade de estabelecer fronteiras relacionais e o jogo de forças estabelecido pelas diferentes demandas: os usuários das UBS (seus vizinhos) e os profissionais de saúde (seus colegas). Em contrapartida, observa-se uma naturalização do ACS enquanto um "elo" por parte das políticas, mas que na prática, acontece a partir de relações construídas no cotidiano desses profissionais, que diversas vezes, se deparam com desafios éticos decorrentes dessa posição. Além dos desafios relacionais, discutiu-se em que medida as ações governamentais têm produzido novas precarizações das políticas públicas e, consequentemente, do trabalho dos ACS.

Espera-se que esse trabalho possa contribuir evidenciando a importância de considerar os aspectos relacionados ao trabalho vivo dos ACS, que demanda que esses profissionais ocupem diferentes lugares e respondam a vozes sociais distintas, simultaneamente. Esta parece ser uma característica pouco considerada por estudos empíricos, políticas públicas e serviços de saúde, e que merece maior atenção, tendo em vista o impacto no trabalho dos ACS revelado pela fala dos profissionais. Esta é uma problemática do campo da Saúde Coletiva em que a Psicologia pode contribuir com suas reflexões, uma vez que não há trabalho na área da saúde que não implique os profissionais em responder a diferentes relações, posições e vozes sociais.

Embora o delineamento de estudo de caso múltiplo proporcione uma compreensão profunda dos casos analisados, o número de ACS pode ser considerada uma limitação deste estudo, bem como a concentração dos referidos participantes em três unidades de saúde distintas da mesma região da cidade do estudo. Sugere-se para estudos futuros a ampliação de ACS entrevistados, bem como propostas de estudos observacionais, que possam acompanhar o cotidiano e a transformação das relações abordadas neste trabalho no dia-a-dia dos ACS. Espera-se, por fim, que este artigo possa contribuir para o conhecimento que se tem sobre o trabalho dos ACS, que desde o início de sua existência são expressão de uma mudança de modelo no sistema de saúde público brasileiro.

CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

Certificamos que todos os autores participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo. A contribuição de cada autor pode ser atribuída como se segue: P.H.C.G., G.C.E., R.O.M. e A.P. contribuíram com a conceituação do artigo; R.O.M. contribuiu com a investigação e coleta de dados; P.H.C.G., G.C.E. e A. P. contribuíram com a análise dos dados; P.H.C.G. e G.C.E. fizeram a redação inicial do artigo (rascunho); R.O.M. e A.P. são os responsáveis pela redação final (revisão e edição).

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflitos de interesse no manuscrito submetido.

DECLARAÇÃO DE FINANCIAMENTO

A pesquisa relatada no manuscrito foi financiada parcialmente pela bolsa de doutorado do segundo autor (CNPq, processo 141433/2018-3) e pela bolsa de produtividade em pesquisa do quarto autor (CNPq, prot. 311875/2019-0).

REFERÊNCIAS

Alonso, C. M. C., Béguin, P. D., & Duarte, F. J. C. M. (2018). Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Revista de Saúde Pública, 52*(14), 1-13. https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395

Andrade, V. M. P., & Cardoso, C. L. (2017). Visitas domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: concepções de profissionais e usuários. *Psico-USF, 22*(1), 87-98. https://doi.org/10.1590/1413-82712017220108

American Psychological Association (2020). *Publication manual of the American psychological association* (7th ed.). https://doi.org/10.1037/0000165-000

Beckert, R. A. T., do Rosario, E., Worm, G. M., Gadonski, R. M., Zancanaro, V., & de Souza, J. B. (2022). Reflexões com agentes comunitários de saúde sobre a visita domiciliar. *Revista Recien, 12*(39), 69-75. http://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.39.69-75

Bezerra, Y. R. D. N., & Feitosa, M. Z. D. S. (2018). A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Ciência & Saúde Coletiva, 23*, 813-822. https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00292016

Braun V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 11*(4), 589-597. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806

Broch, D., Riquinho, D. L., Vieira, L. B., Ramos, A. R., & Gasparin, V. A. (2020). Determinantes sociais de saúde e o trabalho do agente comunitário. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 54*, 1-8. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018031403558

Conselho Nacional de Saúde (2018). *Resolução nº 582, de 10 de maio de 2018*.

Chuengue, A. P. G., & Franco, T. B. (2018). O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 28*(4), 1-18. https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280423

Faria, C. C. M. D. V., & Paiva, C. H. A. (2020). O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. *Trabalho, Educação e Saúde, 18*(suppl. 1), 1-23. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00251

Gomes, K. O., Cotta, R. M. M., Mitre, S. M., Batista, R. S., & Cherchiglia, M. L. (2010). O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis Revista de Saúde Coletiva, 20*(4), 1143-1164. https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400005

Henwood, K., & Pidgeon, N. (2010). A teoria fundamentada. In G. M. Breakwell; S. Hammond; C. Fife-Schaw; J. A. Smith, *Métodos de pesquisa em psicologia* (pp. 340-361). Artmed.

Hermans, H. J. M. (2001a). The dialogical self: Toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture & Psychology, 7*(3), 243-281. https://doi.org/10.1177/1354067X0173001

Hermans, H. J. M. (2001b). The construction of a personal position repertoire: Method and practice. *Culture & Psychology, 7*(3), 323-365. https://doi.org/10.1177/1354067X0173005

Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W. (2008). Entrevista narrativa. In M. W. Bauer & G. Gaskell, *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som* (P. Guareschi, Trad.) (pp. 90-113). Vozes.

Massuda, A. (2020). Mudanças no financiamento da Atenção Primária à saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva, 25*(4), 1181-1188. https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020

Massuda, A., Hone, T., Leles, F., de Castro, M. C., & Atun, R. (2018). The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ global health*, *3*(4), 1-8. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829

Medeiros, L. B. D. N., Guedes, C. D. F. D. S., Silva, D. R. D., Souza, T. K. C. D., Costa, A. S. B. D., & Araújo Neta, B. P. D. A. (2016). Condições laborais e o adoecimento dos agentes comunitários de saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Estácio Saúde, 4*(2), 238-249. http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/1809/895

Ministério da Saúde. (2001). *Programa Agentes Comunitários de Saúde* (PACS). Secretaria executiva. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf

Ministério da Saúde (2006). *Política Nacional de Atenção Básica* (PNAB). Série Pactos pela saúde (Vol. 4). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

Monteiro, A. C. D. (2019). *Problemas e dilemas éticos vivenciados pelo agente comunitário de saúde em seu processo de trabalho*. [Dissertação de mestrado da Faculdade de Medicina da Bahia]. Repositório Institucional da Universidade Federal da Bahia. https://repositorio.ufba.br/handle/ri/31390

Morosini, M. V., & Fonseca, A. F. (2018). Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em Debate, 42*(esp. 1), 261-274. https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117

Oliveira, F. F., de Almeida, M. T. P., Ferreira, M. G., Pinto, I. C., & Amaral, G. G. (2022). Importância do agente comunitário de saúde nas ações da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública, 46*(3), 291-313. https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n3.a3771

Onocko-Campos, R. (2014). O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In R. Onocko-Campos (Ed.), *Psicanálise & saúde coletiva: interfaces* (pp. 77-96). Hucitec.

Osmo, A. & Shcraiber, L. B. (2015). O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade,* 24(suppl.1), 205-218. https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018

Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Presidência da República.

Rocha, K. B., Silveira, A. C. T. D., Gazzola, A. F. G., Silva, D. V. D., & Eifler, R. P. (2020). O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na política de HIV/AIDS. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, 10*(3), 19-33. https://doi.org/10.26864/PCS.v10.n3.2

Santana, M., Alves, A. M., Gama, I. C. S., Parduci, N. V., Larroque, M. M., & Luchesi, B. M. (2022). Impactos da ausência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 17*(44), 1-8. https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3033

Santos, H. L. P. C. D., Maciel, F. B. M., Santos, K. R., Conceição, C. D. V. S. D., Oliveira, R. S. D., Silva, N. R. F. D., & Prado, N. M. D. B. L. (2020). Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva, 25*(suppl. 2), 4211-4224. https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.25482020

Santos, M. da S., Silva, J. G., & de Oliveira Branco, J. G. (2017). O enfrentamento à violência no âmbito da estratégia saúde da família: desafios para a atenção em saúde. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde, 30*(2), 229-238. https://doi.org/10.5020/18061230.2017.p229

Silva, T. L., Soares, A. N., Lacerda, G. A., Mesquita, J. F. D. O., & Silveira, D. C. (2020). Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. *Saúde em Debate, 44*(124), 58-69. https://doi.org/10.1590/0103-1104202012404

Stake, R. E. (2006). Case Studies. In N. Denzin; Y. Lincoln (Orgs.), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). Sage.

Stam, H. J. (2010). Self and Dialogue: Introduction. *Theory & Psychology, 20*(3), 299–304. https://doi.org/10.1177/0959354310366751

Recebido em: 16/03/2022
Primeira decisão editorial em: 14/07/2023
Aceito em: 15/04/2024