

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Alexandra Jochims Kruel

**“ABRINDO A PORTA PARA A DONA SAÚDE ENTRAR”
ANÁLISE DO SIGNIFICADO DO TRABALHO PARA OS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**Porto Alegre
2006**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Alexandra Jochims Krueel

**“ABRINDO A PORTA PARA A DONA SAÚDE ENTRAR”
ANÁLISE DO SIGNIFICADO DO TRABALHO PARA OS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**Dissertação de Mestrado apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em
Administração da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em
Administração.**

**Orientador: Prof. Cláudio Mazzilli
Co-orientadora: Profa. Sílvia Generalli Costa**

**Porto Alegre
2006**

DEDICATÓRIAS

A Deus, meu Senhor, a quem devo a minha vida, e sem o qual nenhuma das minhas conquistas teria sentido, por me dar saúde, força e determinação; por me ensinar diariamente a exercitar paciência, gratidão e perdão; e por me levar a buscar a sabedoria;

À minha mãe, Dona Verinha, lutadora, amiga e incentivadora, pelo amor incondicional, pela força, pelo apoio emocional e pelos exemplos de vida. Por me ensinar a ser mais uma guerreira Jochims, e por não se importar com os milhares de apelidos novos com que eu a presenteio;

Ao meu 'paidrasto' Fernando, por ser pai e amigo, por me levar ao interesse pela política (mas não pelas politicagens), ao futebol e pelo amor dedicado a minha mãe e a mim;

Aos agentes comunitários de saúde, que vivem diariamente as alegrias e agruras de um trabalho tão importante, mas tão pouco valorizado na prática. Especial homenagem aos treze agentes envolvidos na pesquisa, por sua força, coragem, determinação e comprometimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, pelas conquistas e pela força que me concedeu para ultrapassar os pequenos e grandes obstáculos que surgiram ao longo da minha caminhada de vida;

À minha mãe, Vera Lucia Jochims, pelo incentivo, pelo tanto que me ensina e compartilha até hoje, pela determinação, sabedoria, caráter e por todo o amor dedicado;

Ao meu padrasto, José Fernando Cardoso da Rocha, por ter estado presente nos bons momentos, mas principalmente por ter me apoiado no momento em que eu mais precisei de ajuda e suporte emocional;

Ao meu pai, Luiz Carlos Dutra Krueel, que se tornou meu amigo, depois de trinta anos;

Aos meus tios-padrinhos, Amália e Henrique Schulz, pelo apoio, ao me darem “casa, comida e roupa lavada”, além do suporte familiar, tão necessário e tão importante. Sem eles, talvez não tivesse sido possível chegar até aqui, e não há preço que pague tamanho gesto de carinho;

Às famílias que Deus colocou no meu caminho: irmãos, primos-irmãos (Lu, lembra das ‘agruras da ingratidão’!), amigos, pais e avós;

Aos irmãos que eu ganhei ao longo da vida: Marcelo, por me ensinar a dividir o baú de brinquedos, e Nicolas, por me ensinar a amar como irmã;

Às minhas muitas crianças, que alegam e colorem os meus dias;

A Paulo Tassinari, Evandro Gatringer e Radamés Nery, que, sem perceberem, me deram não só a liberdade para chegar até aqui, mas também a determinação pra buscar meu caminho, muito embora eu tenha entendido isso só agora;

À minha amiga Simone Dahmer, por ter estudado comigo para uma prova que ela não iria fazer, demonstrando assim o que ela é capaz de fazer por uma amizade;

Aos meus orientadores Cláudio Pinho Mazzilli e Sílvia Generalli da Costa, pelas inestimáveis contribuições, pelo apoio, por trazerem e dividirem conhecimento;

À Ceci, pelo apoio em um dos momentos mais difíceis da minha vida, por não me deixar largar tudo quando eu pensei nisso, pelo ouvido e pelo ombro, e pelas possibilidades de pesquisa e de crescimento acadêmico;

Aos professores da EA e aos professores que fizeram parte das minhas bancas;

À UFRGS, pelos tantos papéis que me permite desempenhar: aluna, professora, pesquisadora, estagiária, rata de biblioteca, ...;

Aos meus colegas da EA, pelas festas, agruras divididas, churrascos e principalmente pelos cafezinhos em copos de plástico no 'Windows', além de alguns almoços no RU. Especial agradecimento aos colegas "estrangeiros" (sem esquecer do Kny e do Grings, claro);

Para as meninas do curso que, embora sendo poucas, fazem muito: Aline, Dori, Tati, Jô, Joisy, Bia, Jaciane, Claire, Daiane, Paola, Fernanda;

À Márcia Loureiro e ao Pedro Armando, ex-colegas, amigos para a vida;

Aos meus alunos, por me ensinarem tanto nos momentos de debates e de trocas de conhecimento;

À CAPES, pelo apoio financeiro durante dezoito meses, possibilitando a continuidade no curso e a realização desta pesquisa;

À Secretaria Municipal de Saúde de Torres/RS, em especial ao Dr. Sérgio Rodrigues, pelas portas abertas, e pelo apoio constante na minha busca pelo conhecimento;

Às Enfermeiras Ivani e Eliana, pelo apoio e entusiasmo, respectivamente;

Aos treze agentes comunitários de saúde envolvidos na pesquisa, que se dispuseram a contar suas alegrias e agruras.

O Senhor é a minha força e o meu escudo; nele o meu coração confia (...). Em ti, Senhor, me refugio (...), porque tu és a minha rocha e a minha fortaleza (...). Nas tuas mãos entrego o meu espírito.

(Salmos 28:7, 31:1a, 31:3a e 31:5a)

But I still haven't found what I'm looking for...

(Bono Vox)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Evolução do investimento federal de Recursos Financeiros para o Piso de Atenção Básica (PAB FIXO): 2000 – 2005.....	32
Figura 2: Distribuição per capita dos Recursos Financeiros da Atenção Básica em R\$/habitante/ano: 1998 e 2005	32
Figura 3: Evolução do repasse federal de Recursos Financeiros para a Estratégia Saúde da Família: 2000 - 2005	33
Figura 4: Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família: 1998 – 2005.....	33

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1: Distribuição quanto ao gênero.....	71
Quadro 2: Distribuição quanto à idade.....	71
Quadro 3: Distribuição quanto ao estado civil.....	72
Quadro 4: Distribuição quanto número de filhos.....	72
Quadro 5: Distribuição quanto número de dependentes.....	73
Quadro 6: Distribuição quanto ao tempo de função.....	73
Quadro 7: Distribuição quanto à zona de atuação.....	73
Quadro 8: Distribuição quanto à escolaridade.....	74
Quadro 9: Distribuição quanto à vinculação PACS/PSF.....	75
Quadro 10: Processo de derivação das categorias iniciais.....	75
Quadro 11: Processo de derivação das categorias intermediárias.....	133
Quadro 12: Processo de derivação da categoria intermediária O Trabalho de ACS.....	134
Quadro 13: Processo de derivação da categoria intermediária Fontes de Prazer.....	137
Quadro 14: Processo de derivação da categoria intermediária Fontes de Sofrimento.....	138
Quadro 15: Processo de derivação da categoria intermediária Organização do Trabalho.....	141
Quadro 16: Processo de derivação da categoria intermediária Condições de Trabalho.....	142
Quadro 17: Processo de derivação da categoria intermediária Os relacionamentos internos.....	144
Quadro 18: Processo de derivação da categoria intermediária O ACS e a comunidade.....	145
Quadro 19: Processo de derivação da categoria intermediária O ACS e o SUS.....	147
Quadro 20: Processo de derivação das categorias finais.....	149
Quadro 21: Processo de derivação para a categoria final: A complexidade do SUS e o trabalho do agente comunitário de saúde.....	150
Quadro 22: Processo de derivação para a categoria final: A dicotomia prazer e sofrimento no trabalho do ACS.....	154
Quadro 23: Processo de derivação para a categoria final: A importância dos relacionamentos.....	157
Quadro 24: Processo de derivação de categorias iniciais a categorias finais..	191

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AIS	Ações Integradas em Saúde
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CF/88	Constituição Brasileira de 1988
CIS	Comissões Interinstitucionais de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência
EC	Emenda Constitucional
FHC	Fernando Henrique Cardoso, ex-presidente do Brasil
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNABEM	Fundação Nacional de Bem Estar do Menor
GM	Gabinete Ministerial
IAPAS	Instituto de Administração Financeira
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA	Fundação Legião Brasileira de Assistência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMC	Organização Mundial do Comércio
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSMA	Secretaria de Saúde e Meio Ambiente
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Lista de Ilustrações.....	07
Lista de Tabelas e Quadros.....	08
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	09
1 INTRODUÇÃO.....	16
2 A SAÚDE NO BRASIL.....	20
2.1 A evolução do setor saúde na história do Brasil.....	20
2.2 O Sistema Único de Saúde.....	25
2.3 A estratégia de saúde da família (PACS e PSF): abrindo a porta para a Dona Saúde entrar.....	28
2.4 O funcionamento da estratégia de saúde da família.....	34
2.5 Quem é o agente comunitário de saúde?	36
2.5.1 Contratação e precarização.....	39
2.6 A diferença entre intenção e ação.....	40
2.7 Conclusão.....	46
3 O TRABALHO.....	47
3.1 Definição do trabalho.....	47
3.2 A evolução do trabalho e seus significados.....	48
3.3 O trabalho nos dias de hoje.....	55
3.4 A abordagem dejouriana sobre o trabalho: a psicopatologia do trabalho.....	57
3.4.1 O sujeito de defende: mecanismos e estratégias de defesa.....	61
3.5 Conclusão.....	63
4 METODOLOGIA.....	64
4.1 Método de pesquisa.....	64
4.2 Instrumentos para a coleta dos dados.....	64
4.3 A análise dos dados coletados.....	66
4.4 Etapas do método de análise de conteúdo.....	66
5 RESULTADOS DA PESQUISA	69

5.1 A organização para estudo.....	69
5.2 A coleta de dados.....	70
5.3 Os sujeitos da pesquisa.....	70
5.4 As categorias iniciais.....	75
5.4.1 Motivos para o trabalho.....	79
5.4.2 Um oceano de atividades.....	81
5.4.3 Percepções sobre o trabalho.....	83
5.4.4 Papel e limites.....	84
5.4.5 ACS como raiz e a dependência da comunidade.....	85
5.4.6 O reconhecimento das pessoas.....	86
5.4.7 Ser útil e poder ajudar.....	88
5.4.8 As crianças.....	89
5.4.9 Injustiças e desigualdades.....	90
5.4.10 Os problemas e a falta de apoio.....	91
5.4.11 A angústia pela não-mudança.....	93
5.4.12 Desvalorização e discriminação profissional.....	94
5.4.13 Reclamações injustas e falta de compreensão.....	97
5.4.14 A morte.....	98
5.4.15 A organização do PACS e a do PSF.....	99
5.4.16 A organização e o cumprimento das tarefas.....	101
5.4.17 Tempo e espaço de trabalho.....	104
5.4.18 Material de trabalho.....	108
5.4.19 Transporte	109
5.4.20 O Uniforme.....	112
5.4.21 Dias de chuva.....	113
5.4.22 Relacionamento entre equipes.....	114
5.4.23 Relacionamento com supervisão.....	117
5.4.24 Relacionamento com a Secretaria Municipal de Saúde.....	118
5.4.25 O relacionamento com a comunidade.....	121
5.4.26 A dependência e o reconhecimento da comunidade.....	126
5.4.27 Participação na comunidade.....	128
5.4.28 O SUS melhor.....	129
5.4.29 A má vontade e o empurra-empurra.....	131

5.4.30 A falta de estrutura e as cobranças.....	131
5.5 As categorias intermediárias.....	133
5.5.1 O Trabalho de ACS.....	134
5.5.2 Fontes de Prazer.....	137
5.5.3 Fontes de Sofrimento.....	138
5.5.4 Organização do Trabalho.....	141
5.5.5 Condições de Trabalho.....	142
5.5.6 Os relacionamentos internos.....	144
5.5.7 O ACS e a comunidade.....	145
5.5.8 O ACS e o SUS.....	147
5.6 As categorias finais.....	149
5.6.1 A complexidade do SUS e o trabalho do agente comunitário de saúde.....	150
5.6.2 A dicotomia prazer e sofrimento.....	154
5.6.3 A importância dos relacionamentos.....	157
5.7 Conclusões.....	161
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
REFERÊNCIAS.....	184
ANEXOS.....	190
Anexo A: Quadro 24: Processo de derivação de categorias iniciais a categorias finais.....	191
Anexo B: Questionário para caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	192
Anexo C: Roteiro para a realização das entrevistas semi-estruturadas.....	193
Anexo D: Termo de consentimento informado.....	194

RESUMO

Esta é uma pesquisa exploratória-descritiva, em forma de um estudo de caso, cuja questão norteadora é a busca pelo significado do trabalho para os agentes comunitários de saúde, trabalhadores exclusivos do Sistema Único de Saúde. Para tanto, utilizou-se a teoria de Cristophe Dejours e a evolução histórica do setor saúde no Brasil. A coleta dos dados foi realizada através de um questionário fechado, para caracterizar os entrevistados, e de entrevistas semi-estruturadas, com treze agentes comunitários de saúde do município de Torres/RS. Para a análise dos dados, foi utilizado o método de análise de conteúdo. Os resultados são apresentados em três conjuntos de categorias: trinta categorias iniciais, posteriormente reagrupadas em oito categorias intermediárias e, por último, reduzidas em três categorias finais: *a complexidade do SUS e o trabalho de agente comunitário de saúde*, que relata o trabalho do agente de saúde em termos mais amplos e sua relação com o sistema de saúde; *a dicotomia prazer e sofrimento no trabalho do ACS*, que mostra fatores de geração de prazer e de sofrimento para os agentes, e *a importância dos relacionamentos*, que compreende os vários relacionamentos existentes no trabalho do agente de saúde em seu cotidiano.

Saúde, agentes comunitários de saúde, SUS, psicopatologia do trabalho

ABSTRACT

The following text is an exploratory-descriptive research, in study of a case form, guided towards the looking for the work's meaning to the *communitarian health agents*, workers of the Sistema Único de Saúde, the Brazilian health system. To reach this, it has been based mainly on the Cristophe Dejours' theory and on the historical evolution of Brazilian health sector. Data were collected using a list of closed questions, with the purpose of characterizing the interviewed people, and using semi-structural interviews. Thirteen communitarian health agents from Torres/RS were been interviewed. To interpret data, it was used the Content Analysis Methodology. Results are presented in three category sets: thirty inicial categories, later on grouped in eight intermediated categories, and, at last, reduced to three final categories: *the complexity of the Brazilian health system and the work of the communitarian health agents*, wich points about the work of the health agents in a broader sense and its relations with the health system; *the dichotomy pleasure and sufferance on the health agents' work*, wich points about generation's factores of pleasure and sufferance to the health agents in them work; and *the relation's importance*, wich covers the existing relations in the health agent's daily work.

Health, communitarian health agents, SUS, work's psicopathology

1 INTRODUÇÃO

A partir de 1988, com a promulgação da nova Constituição Brasileira, a população do país deparou-se com uma gama de direitos sociais, os quais tornaram-se marcos do processo de redemocratização do Brasil. A partir da Constituição, o Estado tornou-se formalmente responsável pelos direitos sociais, como a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, dentre outros (BRASIL, 2000). Tais direitos sociais vêm para que a coletividade possa exercer seus direitos individuais. Dentre os direitos sociais garantidos pela nova Constituição, encontra-se o da saúde, definido como universal e como um dever do Estado (BRASIL, 1988).

Ficou definida na Constituição a criação de um novo sistema de saúde, o qual seguiria os princípios de descentralização, de atendimento integral e de participação da comunidade. Em 1990, para o cumprimento da Constituição, foi emitida a Lei Orgânica da Saúde, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, a participação da comunidade na sua gestão e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Com a Lei Orgânica da Saúde, os princípios norteadores do novo sistema de saúde do país, definidos anteriormente pela Constituição, foram ampliados, abrangendo, principalmente, universalidade de acesso; integralidade de assistência; igualdade da assistência à saúde; participação da comunidade; descentralização político-administrativa (direção única em cada esfera de governo, descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde); integração das ações de saúde, meio ambiente, saneamento básico e resolutividade.

O então denominado Sistema Único de Saúde propôs a passagem de um modelo de atenção à saúde medicalizado e curativo para um modelo voltado à prevenção e promoção da saúde. Para a consolidação deste processo, adotou-se a estratégia de Saúde da Família, cujo slogan é “Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar”, e que visa atender principalmente os princípios da universalidade de acesso

e da integralidade da assistência à saúde, abarcando toda a rede de serviços básicos do sistema, através da ampliação e qualificação da atenção primária em saúde.

Dentro desta estratégia, surge o agente comunitário de saúde, um profissional específico do Sistema Único de Saúde, que é membro da equipe de saúde e morador da comunidade onde atua. O agente está na base do novo modelo de atenção à saúde, e a ele compete o acesso primário das famílias ao sistema.

Por um lado, o agente comunitário de saúde, em geral, possui baixa escolaridade, é mal remunerado e está sob contratos precários de trabalho. Por outro, seu trabalho se dá através de um envolvimento com a vida da comunidade, o que o torna um ator conhecido pela e conhecedor da mesma.

A partir das colocações supra referidas, chegou-se ao problema da pesquisa, através do seguinte questionamento, que norteará os próximos passos desta tarefa: *o que o trabalho de agente comunitário de saúde significa para estes atores da base do sistema de saúde?*

Assim sendo, a partir do problema da pesquisa, foram definidos os objetivos e o método de trabalho. Por objetivo geral, decidiu-se *analisar o significado do trabalho para os agentes comunitários de saúde, enquanto trabalhadores da base do Sistema Único de Saúde*. Por sua vez, os objetivos específicos ficaram estabelecidos em:

- Analisar de forma crítica a organização do Sistema Único de Saúde, a partir dos seus principais princípios norteadores (universalidade de acesso; integralidade de assistência; igualdade; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; integração entre saúde, meio ambiente e saneamento básico; resolutividade e hierarquização do sistema);
- Identificar fatores que implicam na significação do trabalho dos agentes comunitários de saúde;
- Identificar possíveis relacionamentos entre o significado do trabalho destes atores e a organização do sistema único de saúde, a partir de seus principais princípios norteadores;

- Analisar a dicotomia prazer-sofrimento no trabalho dos agentes comunitários de saúde.

Partindo-se então da realidade apresentada, a qual torna o agente de saúde um profissional *sui generis*, e do problema de pesquisa acima descrito, decidiu-se analisar o significado do trabalho para tal categoria de trabalhadores, através de uma abordagem dejouriana, a psicopatologia do trabalho, que é a “análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho” (DEJOURS & ABDOUCHELI, 1994b, p.120), cujo centro de gravidade são os conflitos que surgem a partir do encontro entre um sujeito e uma situação de trabalho.

A psicopatologia do trabalho considera o homem como um sujeito ativo perante as pressões organizacionais, um homem que pensa sua relação com o trabalho, produz suas interpretações, socializa-as, reage e organiza-se mental, física e afetivamente, agindo sobre o próprio processo de trabalho e contribuindo para a construção e para a evolução das relações sociais do trabalho, o qual é tido como um espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista da continuidade e da historicização do sujeito (DEJOURS & ABDOUCHELI, 1994b).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, o referencial teórico abordou o significado do trabalho, a partir de sua etimologia. A seguir, traçou-se um roteiro histórico sobre a evolução do mesmo, desde a Grécia Antiga até os dias atuais, e entrou-se em questões como alienação, subjetividade, mecanismos de defesa, prazer e sofrimento. Antes, porém, para uma melhor contextualização da instituição em estudo, abordou-se a questão da saúde no Brasil, enfocando aspectos históricos da mesma, o Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família (de forma a familiarizar os leitores), quando foram apresentados os agentes comunitários de saúde, e uma apresentação da existência de discursos diferentes permeando a ação dos gestores em saúde.

Após o referencial teórico, fez-se então a análise dos dados coletados por meio de breve observação de quatro unidades de saúde, de um questionário e de entrevistas semi-estruturadas com treze agentes comunitários de saúde do município de Torres/RS. O método escolhido para a pesquisa foi o de análise de conteúdo, que originou trinta categorias iniciais de análise.

Das trinta categorias iniciais, chegou-se a oito intermediárias, e, da análise destas, obtiveram-se as três categorias finais, a saber: A complexidade do SUS e o trabalho de agente comunitário de saúde; A dicotomia prazer e sofrimento e A importância dos relacionamentos. Observou-se, também, a existência de coerência e inter-relação entre as três categorias finais.

As considerações finais, além de reunir uma breve análise do material obtido, trazem uma tentativa de crítica ao Sistema Único de Saúde, a partir de alguns de seus princípios norteadores.

2 A SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo traz ao leitor um retorno às origens do sistema de saúde do Brasil, sua evolução histórica e suas características atuais; apresenta a estratégia de Saúde da Família como proposta para reordenamento do sistema de saúde; apresenta os agentes comunitários de saúde e as características de sua profissão, e tece comentários sobre a diferença entre os diferentes discursos que permeiam a ação dentro do sistema de saúde brasileiro.

O objetivo deste capítulo é ambientar o leitor, para que o mesmo possua um melhor entendimento da organização em estudo, a equipe de Saúde da Família do município de Torres, englobada por equipes menores do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS/PSF, formadas pelos agentes comunitários de saúde, os quais são trabalhadores específicos do SUS.

2.1 A Evolução do Setor Saúde na História do Brasil

Até a década de 20 do século passado, o Estado não possuía uma política de saúde definida e a interferência estatal era mínima no atendimento médico individualizado. Considerando-se que a economia brasileira era essencialmente agrícola, e o crescimento do país dependia muito da exportação de produtos advindos principalmente deste setor, a atenção do governo no tocante à saúde voltava-se essencialmente para os espaços de circulação de mercadorias, a saber, portos e estradas. O Estado intervinha não de forma individualizada, mas sim coletiva, através de medidas de saneamento básico, prescrição de normas de higiene e controle de determinadas enfermidades e endemias, como a gripe espanhola e a febre amarela, e em alguns surtos epidêmicos (AUGUSTO & COSTA, 2000). Era o chamado sanitarianismo campanhista, o qual predominou até a década de 60, quando houve seu declínio, e cujo objetivo era o saneamento das cidades e a garantia das exportações da referida economia agrícola.

Entretanto, o centro da economia migrou do contexto rural para o urbano e industrial, em um processo de industrialização que já havia sido iniciado ainda nas décadas de 20 e 30. Com essa migração, veio o surgimento de uma massa de assalariados, ou seja, a força de trabalho, a qual dependia de atendimento médico-previdenciário (PUSTAI, 1991). A atenção do Estado passou, desta forma, a não voltar-se apenas ao ambiente, aos espaços, mas também aos indivíduos que produziam para a economia do país.

Em 1923, foram criadas, através da Lei Elói Chaves (decreto nº 4682, de 24 de janeiro de 1923), as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os empregados de cada empresa ferroviária (BRASIL, 2005a). As CAPs atuavam como um tipo de seguridade social, garantindo aos empregados benefícios, como aposentadorias e assistência médica, esta considerada de forma privilegiada. Estas CAPs possuíam caráter privado, eram organizadas e mantidas pelas empresas e geridas por patrões e empregados. A partir da referida lei, outras categorias de trabalhadores foram incluídas no regime preconizado por ela (BRASIL, 2005a).

A partir das CAPs, foram criados, na década de 30, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com a participação do Estado como um dos contribuintes. O primeiro IAP era destinado aos marítimos, e foi considerado como a primeira instituição brasileira de previdência social de âmbito nacional, com base na atividade genérica da empresa (BRASIL, 2005a). Entretanto, a visão dos IAPs era a de privilegiar não a assistência médica, e sim a previdência social, em função da contenção dos custos.

Seu crescimento veio acompanhado de uma centralização maior deste sistema por parte do Estado, até a década de 60, quando todos os IAPs foram unificados e reunidos à Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social e ao Serviço de Assistência Médica Domiciliar, na figura do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual consolidou o modelo de seguridade social e de prestação de serviços médicos, então predominante no país, além de atrelar o direito de assistência à saúde ao trabalho formal, ou seja, exigindo-se dos usuários contribuição para a previdência. Em outras palavras, tinha direito ao atendimento em saúde aquele indivíduo que tivesse carteira assinada. A criação do INPS, apesar de permitir a extensão da cobertura de atendimento, deu-se em um sistema de saúde baseado em uma prática médica curativa, assistencialista e

individual. Assim sendo, a separação já existente entre assistência médica e saúde pública foi intensificada (CARVALHO, 2003).

Vivia-se o que Misoczky (1989) denominou de período de **início da racionalização da saúde** (1964-1967), quando o Estado passou a ser o administrador/controlador do sistema, tendo em vista seu poder nas esferas política e econômica, e a conseqüente presença dos interesses dos capitais nacional e estrangeiro.

Neste período, deu-se a assimilação da racionalidade do planejamento, adotando-se uma política de saúde, cuja responsabilidade de formulação e coordenação em âmbito nacional era do Ministério da Saúde, e na qual política significava programação de atividades, além de a prestação de assistência médica dar preferência à celebração de convênios com empresas médicas pré-pagas (MISOCZKY, 1989).

O período descrito por Misoczky (1989) como **os anos do planejamento centralizador** (1968-1977) teve início com o Plano Nacional de Saúde, cuja redação final foi dada em maio de 1968, e que possuía os princípios gerais de privatização integral do sistema nacional de proteção e recuperação da saúde, regime de livre escolha do médico e do hospital pelo cliente e participação compulsória direta e imediata do usuário no custeio dos serviços;

Em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde: ao Ministério da Saúde coube a promoção de ações preferencialmente coletivas em saúde, e ao Ministério da Previdência e Assistência Social coube principalmente o atendimento médico assistencial individualizado (MISOCZKY, 1989);

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o qual foi composto pelo Instituto de Administração Financeira (IAPAS), pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pelo Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), pela Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), pela Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM), pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência (DATAPREV) e pela Central de Medicamentos (CEME). Ao INPS atribuiu-se a concessão de benefícios e outras prestações em dinheiro. Ao INAMPS coube a prestação de atendimento médico individualizado.

Durante muitos anos, houve uma separação clara entre as ações preventivas e coletivas, pertinentes ao MS, e as ações curativas e individualistas, pertinentes ao Ministério da Previdência (PUSTAI, 1991).

Esse modelo de atenção à saúde era excludente e, enquanto curativista em sua essência, não se comprometia com a melhoria da saúde coletiva da população, uma vez que privilegiava a técnica. Além disso, como o pagamento aos serviços conveniados era feito por produção, o sistema possibilitava fraudes e corrupções. Assim, o sistema começou a apresentar esgotamento.

No final da década de 70 e início dos anos 80, em um cenário de esgotamento do sistema e de abertura política, surgia o Movimento pela Reforma Sanitária (ou Movimento Sanitário), nascido a partir das discussões feitas no âmbito acadêmico sobre as políticas de saúde. Através do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que era o representante legítimo do Movimento, apresentou-se uma proposta de reorganização do sistema de saúde existente, já denominada de Sistema Único de Saúde, a qual contemplava conceitos como universalização, integralidade e participação social. Entrementes, o governo elaborou um plano próprio de reorganização do sistema, com características semelhantes à proposta do Movimento Sanitário, o chamado Prev-Saúde, que, no entanto, não saiu do papel (OLIVEIRA & SOUZA, 2004). É o período que Misoczky (1989) trata como sendo o de **reorientação do discurso e propostas de reorganização do sistema** (1978 a 1984).

O Movimento Sanitário, mesmo a princípio ignorado pelo governo, cresceu e legitimou-se pelos movimentos populares e pela atuação de parlamentares e de instituições de saúde. Alguns eventos ocorreram, como a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, o qual elaborou o Plano Conasp, ou seja, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, no âmbito da Previdência Social, que incorporava algumas propostas do Movimento pela Reforma Sanitária, e que se efetivou através das Ações Integradas em Saúde (AIS). Estas AIS foram a primeira experiência de um sistema de saúde mais integrado e articulado, sendo a base para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Além disso, as AIS propiciaram o surgimento das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), chão para os futuros Conselhos de Saúde (OLIVEIRA & SOUZA, 2004).

Entretanto, essas ditas conquistas não eram tão impactantes sobre a saúde do país. Mas, com a redemocratização do Brasil após o fim do regime militar, o momento político propiciou a intensificação de movimentos sociais e a conseqüente discussão sobre o futuro do sistema de saúde. Em função da elaboração de uma nova Constituição, a qual dependeria de uma Assembléia Nacional Constituinte, convocou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, para discutir uma nova proposta da estrutura e da política deste setor.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, teve a participação de mais de quatro mil pessoas, entre usuários do sistema, profissionais de saúde, políticos e lideranças, e refletiu um processo de discussão iniciado em níveis municipais e estaduais, cujos temas de trabalho foram a saúde como direito, a reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial (BRASIL, 1987).

Conforme o Relatório Final da Conferência, a saúde ficou entendida como resultante de fatores como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade de acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1987). Compreendendo a saúde por meio deste amplo conceito, princípios como universalidade, igualdade, intersetorialidade e racionalidade foram colocados em pauta.

Em 1988, a Constituição Federal incluiu em uma seção sobre saúde alguns conceitos e propostas debatidas na 8ª Conferência, incorporando, desta forma, propostas surgidas pelo Movimento da Reforma Sanitária. No texto constitucional, todos são iguais perante a lei (art. 5º), e a saúde é tida como um direito social (art. 6º e EC nº 26/00), sendo um direito de todos e dever do Estado (art. 196), a seguir:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

E, a partir destas premissas, definiu-se, no texto legal, que o sistema de saúde a ser implantado no país integraria uma rede regionalizada e hierarquizada e constituiria um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

A partir daí, o chamado Sistema Único de Saúde foi e vem sendo regulamentado por meio de leis, portarias, normas técnicas, conforme o que segue.

2.2 O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), enfim, deriva de um processo longo, que vinha sendo gestado desde a década de 70 do século XX, por parte de sanitaristas, acadêmicos e líderes populares, sindicais e políticos, quando diversas bandeiras foram erguidas e formuladas, e posteriormente aprimoradas com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e com a luta pela constituinte, na década seguinte. Ele foi uma transformação qualitativa da política de saúde do país, uma vez que promoveu uma guinada do modelo de atenção existente até então, para um modelo cuja intenção maior focava-se na prevenção e na promoção da saúde, em seus diversos níveis.

A partir de 1988, com a promulgação da nova Constituição Brasileira, a chamada Constituição Cidadã, a população do país deparou-se com uma gama de direitos sociais, que tornaram-se marcos do processo de redemocratização do Brasil. A partir de tal texto legal, o Estado tornou-se responsável pelos direitos sociais, descritos em seu artigo 6º, a seguir:

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988, art. 6º).

Tais direitos sociais vêm para que a coletividade possa exercer seus direitos individuais, como a liberdade de expressão, de informação, de consciência, de locomoção, de propriedade privada, entre outros. Dentre os direitos sociais garantidos pela nova Constituição, encontra-se o da saúde, definido como universal:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

Para que se atenda a este preceito legal, foi definida a criação de um novo sistema de saúde, o qual seguiria os princípios de **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo; de **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e de **participação da comunidade**.

A partir dos artigos e das diretrizes emitidas na Constituição Federal de 1988, o novo sistema de saúde do país foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas Leis Federais nº 8080/90 e 9142/90, ambas aprovadas em 1990, durante o governo Collor.

A Lei Federal nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e apresenta os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde. Por sua vez, a Lei Federal nº 9142/90, de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Para a LOS, a saúde é um direito fundamental do ser humano, e ao Estado cabe prover as condições para seu pleno exercício. O dever do Estado na garantia da saúde consiste na formulação e na execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, e também no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação. No entanto, este dever do Estado não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990a). Também ficou definido, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir da Lei 8080/90, os fatores determinantes de saúde, a seguir:

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990a).

A LOS também estabelece que o Sistema Único de Saúde é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas das três esferas de governo, da administração direta e indireta e das fundações

mantidas pelo poder público, podendo a iniciativa privada participar do sistema em caráter complementar.

Os objetivos e atribuições do Sistema são a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a garantia da saúde e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (art. 5º).

O campo de atuação do SUS está na execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral; na participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; na ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; na vigilância nutricional e a orientação alimentar; na colaboração para a proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; na formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; no controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; na fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; na participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; no incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; na formulação e execução da política de sangue e seus derivados (art. 6º).

Com a Lei Orgânica da Saúde, os princípios norteadores do novo sistema de saúde do país, definidos anteriormente pela Constituição, foram ampliados, abrangendo, principalmente, **universalidade** de acesso; **integralidade** de assistência; **igualdade** da assistência à saúde; **participação da comunidade**; **descentralização** político-administrativa (direção única em cada esfera de governo, descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde); **integração** das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico e **resolutividade**.

Aspectos como a organização, a direção e a gestão do sistema, bem como as competências e atribuições de cada esfera de governo, além da participação da iniciativa privada, foram determinadas na Lei 8080/90. Esta lei também determinou a

formalização de uma política de recursos humanos na área da saúde, bem como aspectos relativos ao financiamento e à gestão financeira e orçamentária do SUS.

Entretanto, aspectos como a participação da comunidade e transferências intergovernamentais de recursos financeiros (entre outras palavras: descentralização e maior autonomia municipal) não foram abordados na Lei 8080/90, em função de 25 vetos feitos pelo presidente Collor. A Plenária Nacional de Saúde, então, articulou um movimento contra os vetos feitos, e o Poder Executivo enfim cedeu e enviou ao Congresso um projeto de lei que tratava do assunto: assim se fez a Lei 8142/90, uma reprodução na íntegra dos vetos realizados pelo então Presidente da República (MISOCZKY, 2002). De acordo com a Lei 8142/90, ficou definida a participação da comunidade, através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, em cada esfera de governo. Além disso, foram definidos critérios em relação aos Fundos de Saúde e repasses de recursos entre as esferas governamentais (BRASIL, 1990b).

Enfim, a Lei Orgânica da Saúde teve o papel de regulamentação do SUS (ANDRADE, 2002).

O assim denominado Sistema Único de Saúde propôs a passagem de um modelo de atenção à saúde medicalizado, hospitalocêntrico e curativo para um modelo voltado à prevenção e promoção da saúde. Para a consolidação deste processo, adotou-se a estratégia de Saúde da Família, que visa atender principalmente os princípios da universalidade de acesso e da integralidade da assistência à saúde, abarcando toda a rede de serviços básicos do sistema, através da ampliação e qualificação da atenção primária em saúde, conforme explicitado a seguir.

2.3 A estratégia de Saúde da Família (PACS e PSF): abrindo a porta para a Dona Saúde entrar

A estratégia de Saúde da Família forma-se a partir de dois programas ministeriais, a saber, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que é uma forma de precursor para um segundo passo, o Programa de Saúde da Família – PACS e PSF, respectivamente.

O Programa de Saúde da Família foi oficializado pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde em março de 1994, depois de todo um processo de discussão iniciado em dezembro do ano anterior, em Brasília. Naquele momento, o que o Ministério da Saúde fez foi institucionalizar experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, que já vinham sendo desenvolvidas de forma isolada em diversas regiões do Brasil (ANDRADE, 2002).

O destaque dentre as iniciativas anteriormente existentes foi no estado do Ceará, onde esta prática foi transformada em uma política estadual (ANDRADE, 2002). Já em 1990, havia naquele estado, assolado por uma forte seca, um alto índice de morbidade e mortalidade, especialmente infantil, entre a população. Milhares de famílias foram acometidas pela fome gerada pela seca. Naquela situação de emergência, foi decidido, então, empregar duzentas mil pessoas, das quais seis mil mulheres para a área da saúde. Elas não possuíam qualquer formação profissional, mas eram conhecidas e respeitadas por suas comunidades de origem. A elas coube o trabalho de incentivo à vacinação de todas as crianças, o incentivo de gestantes ao acompanhamento pré-natal e também o ensino do uso do soro oral contra a desidratação. Ao terminar o programa de emergência de atendimento à seca, somente as 'mulheres da saúde' permaneceram trabalhando, devido ao sucesso de suas atividades (NOGUEIRA et alii, 2000).

E então, no início dos anos 90, tendo percebido que a experiência acumulada no Ceará, que os agentes de saúde poderiam ser peça importante para a organização da atenção básica nos municípios (ANDRADE, 2002), o Ministério da Saúde decidiu estender esta experiência para o SUS como um todo, sendo sua implantação definida conforme o Mapa da Fome. Visando ao atendimento integral, equipes multidisciplinares foram sendo formadas, incluindo-se nelas também aqueles "visitadores de saúde", os quais tinham conhecimento dos problemas de sua comunidade e os traziam à tona, para que fossem analisados e, se possível, resolvidos. Objetivando-se atender à demanda deficitária na atenção primária, o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde, no Brasil, criaram, oficialmente, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. A partir de 1994, surgiram as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família, as quais forneciam a retaguarda assistencial ao trabalho do PACS (BONASSA & CAMPOS, 2001).

A partir de 1995, teve-se o período marcado pela expansão da atenção básica em saúde, incentivada antes pelo Ministério da Saúde e, a seguir, pelas secretarias estaduais de saúde, ao mesmo tempo em que avançava-se no processo de municipalização e também no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde (MENDES & MARQUES, 2004). Esta foi também uma forma de tentar maior racionalização do sistema, através do acesso ao mesmo e de sua resolutividade por meio da atenção básica em saúde.

Considerava-se, pois, que a expansão da atenção básica estaria orientando a reorganização da lógica assistencial do Sistema de Saúde, e este novo formato deveria ser financiado de alguma forma. Lançou-se, em 1996, a Norma Operacional Básica nº 01/96 — a NOB 01/96 — a qual definia o novo modelo de financiamento para a atenção básica em saúde, com vistas à sua sustentabilidade financeira (MENDES & MARQUES, 2004; BRASIL, 2004d).

A NOB 01/96, enquanto forma de reverter o direcionamento anterior, definiu modalidades de habilitação de gestão dos sistemas municipais e estaduais de saúde, criou o piso da atenção básica — o PAB, um montante de recursos financeiros para o custeio de procedimentos e ações da atenção básica, composto de uma parte fixa e de uma parte variável, ambas geridas pelos municípios e formalizadas pela Portaria MS/GM n.1882/97; criou mecanismos para transferências de recursos financeiros da União para os Estados e estabeleceu um incentivo financeiro para os programas de agentes comunitários de saúde e de saúde da família (BRASIL, 1996).

A implementação da NOB 01/96 foi feita somente em 1998, e os municípios responderam de forma imediata à proposta. Durante 1998, mais de noventa por cento dos municípios brasileiros habilitaram-se em alguma das modalidades de gestão do sistema de saúde municipal, sendo que a maioria inseriu-se na modalidade de gestão plena da atenção básica (MISOCZKY, 2002).

Este período de 1997 e 1998 revelou-se bastante fértil. Em 1997, o PACS e o PSF foram incluídos na agenda de prioridades da política nacional de saúde; foi lançado o documento oficial chamado “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, dirigido a instituições de ensino, trabalhadores e gestores do SUS; publicaram-se as Portarias Ministeriais 1882 (criando oficialmente o PAB) e

1886, a qual determinava as normas de funcionamento do PACS e do PSF (BRASIL, 2004d).

Em 1998, o PSF passou a ser considerado como estratégia estruturante da organização do SUS; pela primeira vez, houve a definição de um orçamento próprio para o PSF no Plano Plurianual e deu-se o início das transferências dos incentivos financeiros ao PACS e ao PSF, do Fundo Nacional da Saúde para os Fundos Municipais (BRASIL, 2004d).

Deu-se, então, uma expansão no volume de equipes de saúde da família em todo o país, e uma profusão de estudos, eventos, e portarias sendo emitidas, em função desta proposta e de sua consolidação.

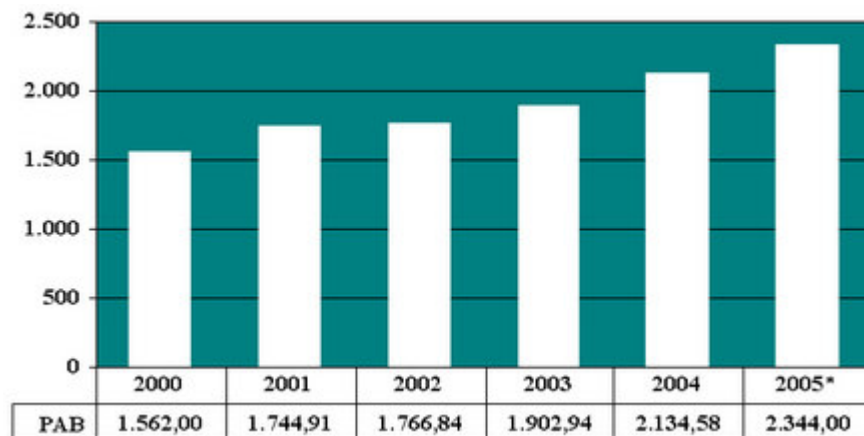
Em 2001, editou-se a Norma Operacional de Assistência à Saúde — NOAS-SUS 01/01 —, a qual tratava da regionalização das ações e serviços de saúde, a ser conformada sobre a definição dos “níveis de atenção” à saúde de suas relações, dos “âmbitos de atenção” e das responsabilidades de gestão. Assim sendo, a NOAS 01/01 redefiniu funções e responsabilidades de cada esfera de governo, cabendo a todos os municípios a gestão da atenção básica; a alguns municípios a assistência de média e/ou alta complexidade. Aos estados, caberia o gerenciamento do processo de regionalização das referências dos serviços de saúde entre os municípios, os planos de investimento e a assistência em alta complexidade por delegação do Ministério da Saúde. Ao Ministério, recairia a gestão global do SUS, de programas e instrumentos indutores nacionais e da assistência em alta complexidade (BRASIL, 2001).

A partir de 2003, deu-se início à execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF), reforçando, desta forma, a intenção já descrita de orientação do modelo de atenção à saúde via estratégia de saúde da família e sua consideração, baseados na prevenção.

Atualmente, há cerca de 23,9 mil equipes de saúde da família implantadas no país, em 4,9 mil municípios, traçando uma cobertura de 43,4% da população brasileira, o que corresponde a aproximadamente 76,8 milhões de pessoas. De janeiro a agosto de 2005, foram investidos pelo Ministério da Saúde R\$ 1,6 bilhões de reais na estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006).

Dados como a evolução do investimento federal de recursos financeiros para o Piso de Atenção Básica (PAB FIXO), para a Estratégia Saúde da Família BRASIL, da distribuição per capita dos Recursos Financeiros da Atenção Básica em R\$/habitante/ano e a evolução da implantação das equipes de Saúde da Família no Brasil, de 1998 a 2005, podem ser visualizados a seguir:

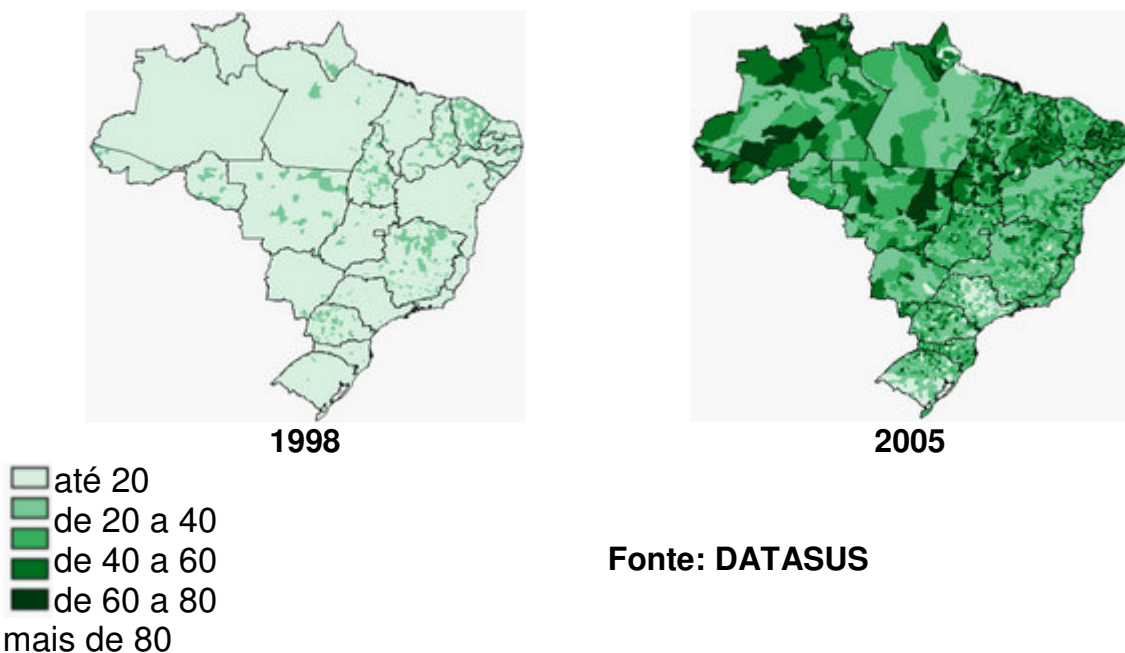
Figura 1: Evolução do investimento federal de Recursos Financeiros para o Piso de Atenção Básica (PAB FIXO): 2000 - 2005



*2005 – estimado em R\$ 1.000,00: Janeiro a Agosto

FONTE: Fundo Nacional de Saúde, janeiro/2006.

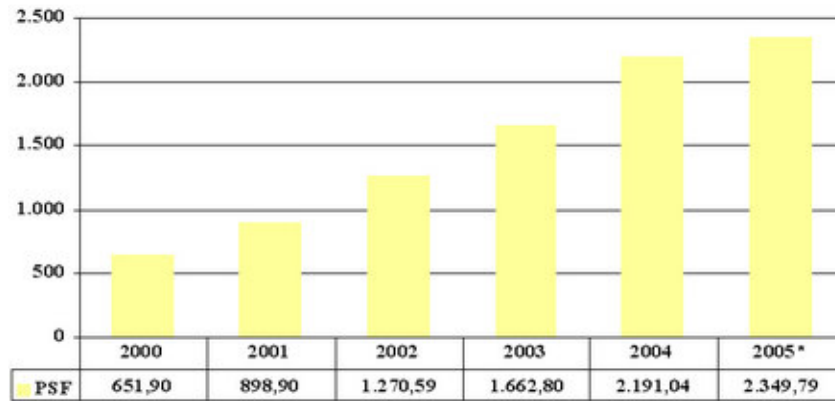
Figura 2: Distribuição per capita dos Recursos Financeiros da Atenção Básica em R\$/habitante/ano: 1998 e 2005



Fonte: DATASUS

FONTE: Fundo Nacional de Saúde, janeiro de 2006.

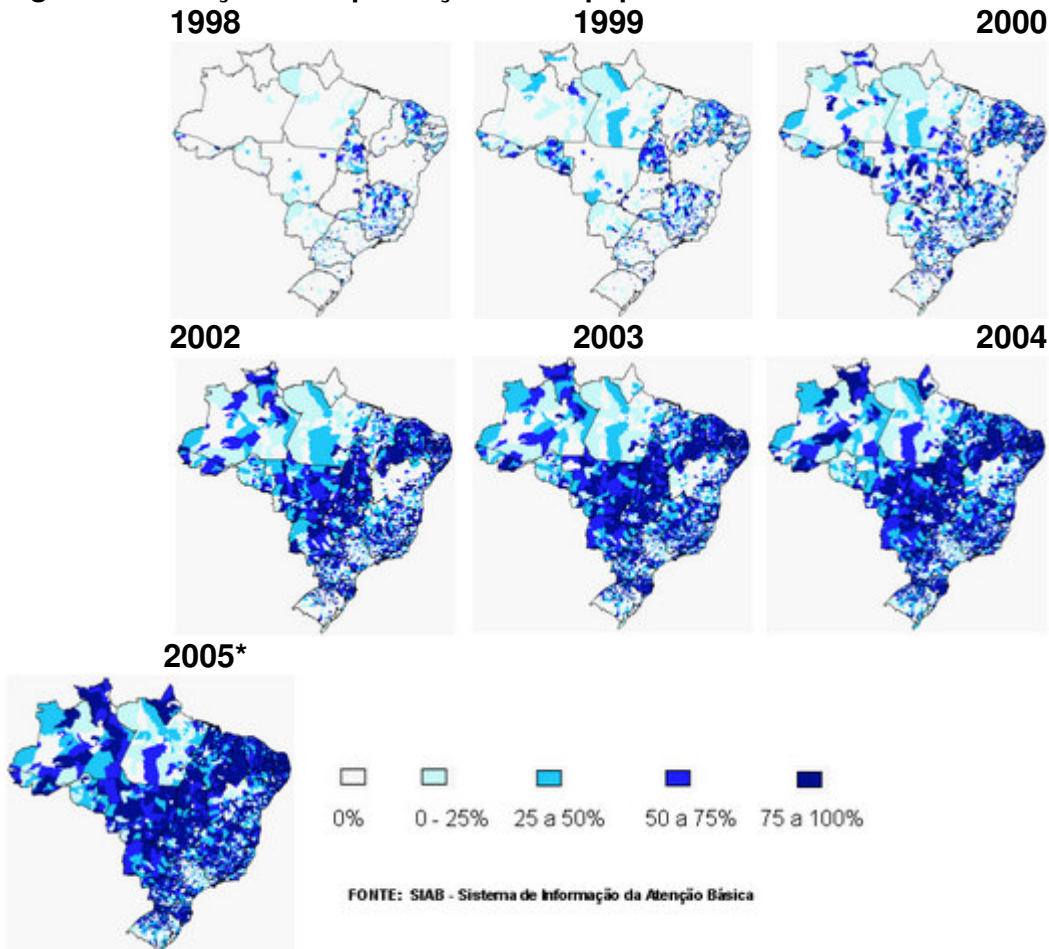
Figura 3: Evolução do repasse federal de Recursos Financeiros para a Estratégia Saúde da Família: 2000 - 2005



* Estimado para 2005 em R\$ 1.000,00

FONTE: Fundo Nacional de Saúde, janeiro de 2006.

Figura 4: Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família: 1998 – 2005



FONTE: Fundo Nacional de Saúde, janeiro de 2006.

2.4 O funcionamento da estratégia de Saúde da Família

Há, ainda, uma separação, dentro da estratégia da Saúde da Família, dos “programas” de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF). As normas e diretrizes para seu funcionamento foram descritas na Portaria Ministerial nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. A portaria define as responsabilidades das três esferas do governo na condução dos programas, bem como as diretrizes operacionais e requisitos para a adoção dos municípios a eles (BRASIL, 1997b).

No âmbito da atenção básica em saúde, cabem as seguintes atribuições às esferas (BRASIL, 2006):

Em nível federal: elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica; co-financiar o sistema de atenção básica; ordenar a formação de recursos humanos; propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica e manter as bases de dados nacionais.

Em nível estadual: acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território; regular as relações intermunicipais; coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território; co-financiar as ações de atenção básica e auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.

Em nível municipal: definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; contratualizar o trabalho em atenção básica; manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência); co-financiar as ações de atenção básica; alimentar os sistemas de informação e avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

Enquanto estratégia de reorganização das práticas tradicionais de trabalho e de reestruturação do modelo de atenção à saúde, a operacionalização do PSF deve se dar através das unidades básicas de saúde, em caráter substitutivo e hierarquizado.

Trabalha-se com territorialização e adscrição de população, definindo-se que uma equipe de profissionais de saúde da família pode ser responsável, no âmbito de

abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área de residência de, no máximo, mil famílias ou quatro mil e quinhentas pessoas, cadastradas, sendo que haja uma proporção de um agente comunitário de saúde para, no máximo, cento e cinquenta famílias ou setecentas e cinquenta pessoas cadastradas, com base geográfica definida (BRASIL, 1997b).

As equipes do PACS devem ser compostas por um enfermeiro supervisor para, no máximo, trinta ACS. Todos devem ter dedicação integral ao trabalho para o qual estão contratados. As equipes de PSF, por sua vez, são compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Na prática de Saúde da Família, deve-se observar alguns aspectos, os quais tornam-se compromissos, a saber: programação e planejamento descentralizados; integralidade da assistência; abordagem multiprofissional; estímulo à ação intersetorial; estímulo à participação e controle social; adoção permanente dos profissionais das equipes e adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 1997b).

Em outras palavras:

Neste espaço da prática de Saúde da Família, assume-se alguns compromissos importantes: estender a família, o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade; intervenção sobre os fatores de risco; humanização das práticas de saúde; criação de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; democratização do conhecimento do processo saúde, doença, da organização do serviço e da produção social da saúde; reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social (SOUZA, 2002, p.24-25).

Para que tais compromissos sejam trabalhados, as equipes de saúde da família têm uma unidade básica de saúde de referência, a qual consiste em uma unidade ambulatorial pública de saúde, destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através desta referida equipe multiprofissional.

A unidade de saúde, a qual pode ser sede de uma ou mais equipes, configura-se como o primeiro contato da população com o serviço local de saúde, onde se garanta a resolutividade na sua complexidade tecnológica, e, quando

necessária for uma maior complexidade para a resolução de problemas identificados, assegure-se referência e contra-referência nos diferentes níveis de complexidade.

Cabe ressaltar que a equipe de saúde da família desenvolve ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico precoce, de tratamento e de reabilitação, tendo como campos de estudo, diagnóstico e intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente. Tais ações envolvem visitas domiciliares e busca ativa, aliadas ao acompanhamento das famílias das áreas de abrangência.

Dentro desta estratégia, surge a figura do agente comunitário de saúde, um profissional específico do Sistema Único de Saúde, considerado híbrido, uma vez que, além de ser membro da equipe de saúde, mora no âmbito da comunidade onde atua, vivenciando a realidade da mesma. O agente está na base do novo modelo de atenção à saúde, uma vez que é este profissional que entra nas casas, e conhece as pessoas de cada família da comunidade onde trabalha. Este é o profissional de saúde a quem compete o acesso primário ao sistema de saúde, a quem compete o olhar para o todo daquele território e a quem compete motivar as pessoas ao cuidado coletivo em saúde e à participação social.

2.5 Quem é o agente comunitário de saúde?

O agente comunitário de saúde – ACS – é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde local, recebendo e repassando ensinamentos capazes de mostrar, na prática, como se prevenir contra as doenças (BRASIL, 1997a). Ele é um trabalhador que, prestando cuidados primários às famílias da sua própria comunidade, auxilia as pessoas a cuidarem da própria saúde, através de ações individuais e coletivas (TUNES, 1995). Ele pode ser encontrado em duas situações distintas, em relação à rede do Sistema Único de Saúde: ou ligado a um centro de saúde comum, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ou ligado a uma unidade do Programa de Saúde da Família, como parte desta equipe (NOGUEIRA et al, 2000).

Em outras palavras, é o agente comunitário que atua mais próximo às comunidades, envolvendo-as, e é através de seu trabalho que o mesmo se torna um

elo de ligação entre a sua comunidade e os serviços e profissionais de saúde, conforme Tunes (1995).

As atribuições dos ACS envolvem diversas atividades, como as que seguem (TUNES, 1995; SSMA, 1997):

- Cadastrar todas as famílias de sua área;
- Visitar todas as famílias uma vez por mês, priorizando as que têm gestantes, nutrizes e menores de cinco anos;
- Participar ativamente da vida comunitária através das organizações existentes;
- Estimular a participação da comunidade nos Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- Promover, organizar e colaborar em reuniões da comunidade para discutir assunto de relevância em saúde;
- Realizar ações básicas de saúde, de acordo com a sua capacitação,
- Orientar a comunidade para utilização adequada dos serviços de saúde,
- Fortalecer os elos entre a comunidade e os serviços de saúde.
- Identificação de situações de risco individuais e coletivas;
- Análise das necessidades da comunidade junto com a equipe de saúde;
- Atuação nas ações de saneamento básico, melhoria do meio ambiente e de controle de doenças endêmicas;
- Prevenir e controlar as doenças diarreicas promovendo o uso dos sais de reidratação oral;
- Descobrir precocemente crianças com infecções respiratórias agudas;
- Orientar as pessoas sobre cuidados de higiene com o corpo, água e alimentos, lixo, construção de privadas/casinhas.

Mas, a função mais importante do agente comunitário de saúde não é dar atendimento, tampouco simplesmente servir de ligação entre a comunidade e o sistema de saúde externo. Sua principal função é ajudar as pessoas a encontrar soluções mais eficazes para os problemas que possuem (TUNES, 1995).

O ACS não trabalha sozinho. Seu trabalho envolve a participação de diversos atores, sejam eles pessoas ou organizações, em diferentes níveis de relacionamento e de atividades. Ele faz parte da equipe de saúde local e, a partir dele, todo o trabalho desenvolvido pela equipe visa à prevenção e à proximidade com a

comunidade, de forma que possa responder com maior agilidade possível às demandas de saúde de sua área de atuação (BONASSA & CAMPOS, 2001).

Dentro do seu trabalho, o ACS também pode atuar em parcerias com outros órgãos públicos e com outras instituições, como Pastorais da Criança, Pastorais da Saúde, Clubes de Mães, Associações de Moradores, e sempre de acordo com as prioridades de sua comunidade (BRASIL, 1997a).

Além disso, o ACS vive na comunidade onde desenvolve suas atividades laborais. “Como cidadão e membro da comunidade, o agente participa, conversa, ouve, de acordo com o treinamento que recebeu em sua equipe de saúde” (BRASIL, 1997a, p. 119). Desta forma, pode-se dizer que o agente comunitário de saúde é um profissional híbrido, pois trabalha em uma determinada equipe de saúde, dentro da comunidade onde ele mesmo vive, ou seja, ele pertence, ao mesmo tempo, à comunidade e à equipe de saúde, e o seu mundo de trabalho se une ao seu mundo familiar.

Dentro da comunidade, o principal foco de atenção do agente de saúde é a família, com a qual têm contato nas visitas domiciliares, momentos em que a incentiva a participar das discussões do diagnóstico comunitário de saúde, do planejamento de ações e também da definição de prioridades em saúde (BRASIL, 1997a).

Ele nunca trabalha de forma isolada, como se pode observar. O resultado do seu trabalho depende da equipe de saúde local, das secretarias de saúde, das diversas instituições da sociedade civil e, principalmente, das famílias inseridas na comunidade.

No seu trabalho, o agente precisa de informações básicas sobre todos os assuntos que interessam à saúde da comunidade onde ele atua e vive. Ao reunir estas informações, ele pode fazer o diagnóstico de toda a comunidade (BRASIL, 1997a), ou seja, ele torna possível a identificação dos problemas, das necessidades e dos recursos de uma comunidade. Esta importante identificação é a primeira etapa do processo de planejamento em saúde comunitária. Para que esse trabalho seja realizado de forma efetiva, o agente de saúde desenvolve algumas atividades, a saber: a visita domiciliar, o mapeamento da comunidade, o cadastramento das

famílias, a identificação de microáreas de risco e as ações coletivas para a mobilização da comunidade (TUNES, 1995).

Nem todas as pessoas podem concorrer ao cargo de agente comunitário de saúde, uma vez que há fatores determinantes para tornar alguém passível a ocupar tal função, conforme o que segue: ser maior de dezoito anos; ser morador na área de atuação há, pelo menos, dois anos; ter disponibilidade de oito horas diárias ou quarenta horas semanais para exercer seu trabalho; saber ler e escrever.

Além dos requisitos de aspecto prático, a subjetividade também é necessária. (DELUIZ, 2001). Não basta apenas conhecer a comunidade e suas características, o candidato a agente deve gostar de aprender coisas novas, de conversar, de falar e ouvir, deve ser ativo e ter iniciativa (TUNES, 1995), bem como deve apresentar pendor para ajuda solidária, um atributo relacionado a valores culturais compartilhados, uma vez que ele deverá despertar a confiança das pessoas, com ações que não se restringem a objetivos de saúde, e tornar-se mediador entre as distintas esferas de organização da vida social (NOGUEIRA et al, 2000).

2.5.1 Contratação e Precarização

Apesar de haver repasse de recursos financeiros federais para a manutenção do programa de agentes comunitários de saúde e do programa de saúde da família, sua contratação é de responsabilidade da Prefeitura Municipal, a qual dá sua contrapartida, em termos financeiros, e viabiliza a contratação propriamente dita. É imperativa a adoção de medidas criteriosas e devidamente fundamentadas na Legislação para tornar viável a contratação do agente (SSMA, 1997).

Há uma série de possibilidades de relações de trabalho entre o agente comunitário de saúde e as Prefeituras Municipais. A relação de trabalho do agente pode ser de emprego formal regido pela Consolidação das Leis do Trabalho ou pelo regime jurídico dos servidores estatutários do município para o qual trabalham. O agente também pode ser cooperativado, pode ser um prestador de serviços autônomo ou ainda, pode-se encontrar agentes comunitários de saúde em situação de trabalho informal (NOGUEIRA et al, 2000).

No caso do regime celetista, com contrato por tempo indeterminado, os direitos trabalhistas são garantidos ao agente, e a relação deste com a Prefeitura

Municipal pode ser direta ou indireta. Neste caso específico, a Prefeitura faz um convênio com alguma entidade, associação ou empresa, a qual irá contratá-los em seu nome e para a qual a Prefeitura irá repassar recursos financeiros, referentes às despesas com salários e encargos sociais e trabalhistas dos agentes.

Há, ainda, as possibilidades de se contratar o agente de saúde via contrato por excepcional interesse público por tempo determinado ou via cargo comissionado. A primeira opção baseia-se na Lei 8.745/93 (BRASIL, 1993a), prevista especialmente para combate de endemias. A segunda opção, criada com autorização do Poder Legislativo Municipal, oferece duas questões a serem referenciadas: primeiro, ela se torna uma aberração, uma vez que o Cargo em Comissão é um posto de trabalho temporário e reservado a funções de confiança; e segundo, ela é extremamente instável, em função das freqüentes mudanças políticas, conhecidas popularmente como “dança das cadeiras”. Em ambas as formas apresentadas, têm-se uma relação institucional direta com a Prefeitura Municipal e são garantidos os direitos sociais e trabalhistas. (NOGUEIRA et al, 2000).

2.6 A diferença entre intenção e ação...

Há, visivelmente, uma contradição entre o que preconiza a Constituição da República, social democrata em sua essência, e a realidade neoliberal praticada em nossa nação.

Por um lado, o texto constitucional introduz vários conceitos, em seu capítulo da Seguridade Social. Lá, temos a criação de um sistema de proteção social que entrelaça previdência, saúde e assistência; a diversificação de fontes de financiamento; a determinação de uma série de direitos e deveres dos beneficiários da Previdência Pública; a universalização do direito à saúde, sua integralidade e sua gestão integrando as três esferas de governo; democratização do sistema através do controle social e estabelecimento de uma assistência social independente de contribuição (FEGHALI, 1998).

É, certamente, uma Constituição com um discurso bastante protetor, fundado nas bandeiras levantadas em uma época de busca por democracia, entendendo-se,

naquele período, a democracia como universalidade de acesso aos serviços públicos, participação e controle social.

Por outro lado, tem-se uma conjuntura política e econômica a ser absorvida pela Nação. Globalismo, neoliberalismo, necessidades de contenção de custos, de ajustes fiscais, de atuação junto ao mercado, são características que marcam a situação nacional.

O mundo vive em um contexto de globalismo, ou seja, todos os indivíduos e coletividades situam-se em algum ponto dos movimentos mundiais, influenciando e sendo por eles influenciados. Assim sendo, as sociedades nacionais revelam-se como províncias de uma sociedade global, perdendo-se, desta forma, o significado tradicional de estado-nação, o qual encontra-se em declínio, sendo obrigado a redefinir-se, interna e externamente, e a rearticular-se com as forças que predominam na sociedade, na política e no capital globais. Desta forma, os projetos nacionais, sejam eles de cunho democrático, autoritário, liberal ou social, todos, tornam-se cada vez mais interdependentes dos demais projetos nacionais, dos estados e instituições globais (IANNI, 1996). Não há, portanto, a certeza da possibilidade de se efetivar um projeto nacional que seja puro em sua essência, pois ele depende das forças globais, e não necessariamente está em consonância com elas.

Neste âmbito, temos o neoliberalismo a impactar sobre a divisão do trabalho e da produção em caráter transnacional, na articulação dos mercados nacionais em regionais e as regionais em um mundial, nas bases e nas políticas sociais, entre outros pontos (IANNI, 1996).

O neoliberalismo — nascido com o esgotamento do Estado de Bem Estar Social – Welfare State –, com a recessão e o desemprego dos anos setenta, bem como com a desmoralização da social democracia e crescimento de partidos conservadores e ultra conservadores — defende a redução das funções e do tamanho do Estado, o qual deve concentrar-se principalmente na estabilidade monetária. Para tanto, os teóricos neoliberais consideram de grande importância a limitação da emissão monetária, aumentos de taxa de juros, redução de gastos sociais, privatização de empresas públicas e liberalização dos controles financeiros e comerciais internos e externos (VIZENTINI, 1998), voltando-se neste último quesito,

ao que Adam Smith defendia como a “mão invisível” que regularia o mercado e o tornaria equilibrado.

Várias são as propostas e reivindicações sintetizadas na lógica neoliberal, a saber, reforma do Estado, desestatização da economia, privatização de empresas governamentais, abertura de mercados, redução de encargos sociais por parte do poder público e das empresas privadas, intensificação da produtividade e da lucratividade da empresa, etc. Estas propostas inserem-se de tal forma nas práticas das empresas, de governo e acadêmicas, bem como nas produções de periódicos comerciais, que mesclam a ciência, a ideologia e, quiçá, a utopia (IANNI, 1996).

Cabe ressaltar que os ideais e as práticas neoliberais têm sido fortemente defendidos em todo o mundo pelas instituições que IANNI (1996) denominou “a santíssima trindade guardiã do capital”, ou “os guardiões”. O Fundo Monetário Internacional — FMI —, o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento — BIRD, Banco Mundial — e a Organização Mundial do Comércio — OMC.

Os consensos obtidos entre essas três instituições dão forma, então, aos discursos nos quais as políticas nacionais são definidas, bem como os conceitos e termos que delimitam seus planejamentos e ações.

Considerando-se a necessidade de as nações inserirem-se no mercado global, para sua própria sobrevivência, e considerando-se que, segundo a visão globalizada, a eficiência de uma nação e de uma economia pode ser avaliada com base no reconhecimento de ser ou não competitiva, sem recair em possíveis protecionismos nacionais, as três instituições guardiãs supra referidas defendem, então, a chamada Reforma do Estado, um mecanismo neoliberal, para garantia do equilíbrio econômico mundial.

Entende-se ‘Reforma do Estado’ como o ato de

reformular os aparelhos estatais, e modificar as relações do Estado com a sociedade nacional, de modo a agilizar e generalizar as condições propícias ao desenvolvimento da produção, distribuição, troca e consumo; ou à reprodução ampliada do capital, em escala mundial (...). A reforma do Estado suscitada pela globalização implica rearranjos às vezes profundos entre o estado e a sociedade civil (IANNI, 1996, p.150).

Entfim, para os neoliberais, que consideram o planejamento econômico centralizado, estatal ou governamental, como nocivo, distorcivo, ou limitativo às

dinâmicas econômicas, tecnológicas e de bem estar, a Reforma dos Estados é primordial. Assim, chega-se à questão da redução do papel do estado, ou seja, ao chamado Estado Mínimo, o qual deve limitar-se a garantir a propriedade e os contratos, e, portanto, desvincular-se de suas funções de intervenção nos planos econômico e social (BRESSER PEREIRA, 2002).

E assim, dentro da contradição entre toda a responsabilidade pregada na social democrata Constituição Federal de 1988 e a pressão neoliberal exercida pelos guardiões FMI e BIRD, o sistema de saúde do país tem sido praticado, nas três esferas de governo.

O que acontece então? Por um lado, responsabilidade por atendimento integral e universalizado, preconizada pela constituição e pela LOS, e em contrapartida, a busca pela redução do papel do Estado na gestão e no financiamento do sistema, embora os discursos governamentais emitidos para a defesa da Reforma Gerencial do Estado Brasileiro não considerem o Estado Mínimo como viável, conforme se pode observar no rápido relatório a seguir:

1978 — Declaração de Alma Ata — a conferência internacional sobre atenção primária em saúde declara a saúde como um direito humano fundamental, e defendia a participação popular, o dever dos governos em cuidar da saúde de seus povos, a atenção primária de saúde ao alcance de todos e a racionalização dos recursos através de políticas cooperativas entre os países (ALMA ATA, 1978);

1987 — O Banco Mundial edita o documento “Financing health services in developing countries: an agenda for reform”, no qual propõe a redução do papel do Estado no financiamento da saúde, e enfatiza a impossibilidade da saúde como direito, devendo o Estado financiar apenas serviços básicos em saúde (MISOCZKY, 2002);

1988 — Homologação da Constituição da República, definindo direitos sociais e deveres do estado (BRASIL, 1988);

1989 — Reunião do FMI, do Banco Mundial e de representantes de países da América Latina em Washington, com o objetivo de traçar diagnóstico e lançar diretrizes de reformas econômicas para esses países, os quais sofrem com processos inflacionários e crises fiscais penosas. Tais instrumentos do chamado

Consenso de Washington são: a disciplina fiscal, a prioridade do gasto público para educação e saúde, a reforma fiscal, as taxas de juros positivas geradas no mercado, o câmbio competitivo, a política comercial liberal, a abertura dos investimentos diretos estrangeiros, a privatização, a desregulamentação e a defesa da propriedade privada — no sentido de redução do papel do Estado (NASCIMENTO, 2003);

1989 — O Banco Mundial lança o documento “Adult health in Brazil: adjusting to new challenges”, o qual critica a posição brasileira em relação ao sistema de saúde, discorre sobre a impossibilidade de financiamento público a serviços universalizados, sobre a (in)eficiência do Estado e das organizações privadas e prescreve uma série de ações que devem ser feitas (MISOCZKY, 2002);

1990 — É emitida a Lei Orgânica da Saúde, formalizando, então, o SUS, e ampliando os princípios constitucionais (BRASIL, 1990a; 1990b). É o período Collor, no qual a atuação direta do Estado na economia passa a ser considerada um obstáculo e dá-se início a um processo de reestruturação do mesmo, através da busca por controle de taxas de inflação como pré requisito para a retomada do crescimento econômico; reestruturação do setor público, redefinindo-se o papel do Estado e abertura da economia para inserção do país no mercado mundial (NASCIMENTO, 2003);

1993 — O Banco Mundial lança o documento “Investing in health”, que propõe uma abordagem para as políticas governamentais de melhoria da saúde, baseada em três eixos: propiciar um ambiente que habilite as famílias a melhorar a saúde; melhorar o gasto governamental em saúde e promover a diversidade e a competição da esfera privada. Em outras palavras, o SUS para os pobres e a efetividade econômica (MISOCZKY, 2002);

1994 — Implantação do Plano Real, cujos objetivos incluíam a reestruturação do Estado brasileiro, com as reformas patrimonial (privatização), administrativa, da previdência e tributária, buscando-se o equilíbrio das contas públicas a longo prazo e minimizar o custo Brasil (NASCIMENTO, 2003);

1995 — Início do Governo FHC, quando é elaborado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, no qual o Estado deixaria de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e

serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento (BRASIL, 1995). Neste contexto, o Estado brasileiro mudaria de papel, e embora não aceite a proposta de Estado Mínimo, declara ser necessário reformá-lo, visando maior eficiência, governança e governabilidade (BRESSER PEREIRA, 2002). À época surge a Proposta de Emenda Constitucional nº 32 (a PEC 32, de junho de 1995), que visava substituir a idéia de universalização e gratuidade na prestação dos serviços de saúde, como direito do cidadão e dever do Estado, mas que foi rebatida e negada de forma contundente;

1998 — José Serra é nomeado para o Ministério da Saúde, e em seu discurso de posse enfatiza que a universalidade é um direito consagrado, e que deve ser cumprido (MISOCZKY, 2002);

2003 — Dá-se início ao governo Lula. Há uma visível diferença entre o que promete e o que se faz na prática. O discurso prévio trata da possibilidade de rompimento com o modelo de estado semi-soberano, complementar ao mercado, internacionalizado e mantenedor de um cidadão-consumidor ou cidadão-cliente através de agências reguladoras e serviços terceirizados. É uma promessa de estado não intervencionista, burocrático e clientelista como anteriormente, mas sim comprometido com a cidadania universal e a democracia. O que se vê, no entanto, é uma continuidade essencial do modelo de Estado implementado no governo anterior, com ajustes fiscais, cortes nos gastos públicos (inclusive na área social), com reformas previdenciária e tributária, queda na renda do trabalhador e índices elevados de desemprego. Internamente, uma combinação de política monetarista com iniciativas de caráter sócio-assistencial e de defesa formal dos direitos do cidadão (como o Bolsa Família, para aliviar a pobreza), mas sem criar uma nova agenda nas políticas sociais (BARROS, 2004; FALEIROS, 2004).

E assim, oscilando entre os discursos sociais democratas (e, às vezes, populistas), as pressões e práticas neoliberais e a busca por uma reforma gerencial, o Sistema Único de Saúde não consegue atingir os ideais outrora firmados e formalizados na Constituição da República e na Lei Orgânica da Saúde. Seus princípios não foram atingidos em sua plenitude, e seguem então sendo chamados de ‘desafios para o SUS’, sendo os de universalidade de acesso e integralidade de atenção os mais debatidos, os mais questionados, defendidos por alguns, atacados por outros.

2.7 Conclusão

Este capítulo teve por objetivo maior ambientar o leitor para que o mesmo compreenda, posteriormente, a instituição em estudo. Foi necessário apresentar o Sistema Único de Saúde, a estratégia de Saúde da Família e os agentes comunitários de saúde.

Para tanto, fez-se um passeio histórico sobre a evolução do sistema de saúde no Brasil, a apresentação do Sistema Único de Saúde, suas características e princípios, a apresentação da estratégia de Saúde da Família e suas características, a apresentação dos atores agentes comunitários de saúde, além de uma tentativa de diálogo sobre as discrepâncias entre os diversos discursos que tratam do sistema de saúde.

3 O TRABALHO

Este capítulo tem como objetivo apresentar o trabalho, seus significados ao longo da história e suas características atuais, de forma que se possa abrir caminho para a abordagem dejouriana.

A abordagem dejouriana trata de aspectos referentes à organização do trabalho e às condições nas quais o mesmo é desempenhado, bem como vê o trabalho como fonte geradora de sofrimento ou prazer aos indivíduos envolvidos em sua realização.

Este capítulo adota a lógica a seguir: definição do trabalho, a evolução do trabalho e seus significados, o trabalho nos dias de hoje e a abordagem dejouriana do trabalho.

3.1 Definição do Trabalho

A origem etimológica da palavra trabalho vem do latim tripaliare, derivado de tripalium (CODO, SAMPAIO & HITOMI, 1993; ALBORNOZ, 1986). O tripalium tanto era um instrumento feito de três paus aguçados, algumas vezes munidos com pontas de ferros, no qual os agricultores bateriam o trigo, as espigas de milho, o linho para rasgá-los e esfiapá-los, como era também um instrumento de tortura.

Apesar de a palavra trabalho também poder ter sido originada da palavra trabaculum (ALBORNOZ, 1986), o tripalium, enquanto instrumento torturador teve um significado mais contundente, e deu ao trabalho a conotação de padecimento e cativo. Assim, a idéia inicial era o sofrer, e deste sofrer passou-se às significações de esforçar-se, lutar, trabalhar, ocupar-se de algum mister, de exercer o seu ofício (CODO, SAMPAIO & HITOMI, 1993).

Atualmente, a palavra trabalho tem muitos significados: para alguns, é uma atividade coordenada de caráter físico ou intelectual, para alcançar determinado fim; a operação humana de transformação da matéria natural em objeto de cultura; a

realização de obra que expresse quem a está realizando, que dê reconhecimento social e permaneça além da vida de quem a fez. Para outros, o trabalho significa ocupar-se, produzir, agir, fazer, praticar. A mais alguns, o trabalho está ligado ao esforço, em oposição ao ócio, a um esforço rotineiro e repetitivo, sem liberdade, incômodo e aplicado à produção (ALBORNOZ, 1986), a um desgaste de energia, um esforço que implica “sacrifício e dor, moléstia e sofrimento” (CODO, SAMPAIO & HITOMI, 1993, p. 86).

Há, ainda, uma certa distinção entre a palavra trabalho e a palavra labor. Embora pareçam significar a mesma coisa, o trabalho propriamente dito é a obra da mão do homem que maneja instrumentos que a imitam, e tem a qualidade da permanência, ao passo que o labor é o trabalho do corpo do homem na busca da sobrevivência, e que pressupõe uma dada passividade do homem, uma submissão do mesmo, em função de sua busca por viver (ARENDRT, 1983).

Para Codo, Sampaio & Hitomi (1993), o trabalho é, antes de tudo, um ato humano, governado pela consciência, e que não pode ser separado do objeto e produto em que atua. Como toda a ação humana, seja ela coletiva ou individual, passada ou futura, o trabalho redefine as coisas, o mundo, os próprios homens. Assim, o trabalho é portador da subjetividade humana; ele produz a existência do homem na medida em que é realizado por ele, uma vez que é a partir do trabalho que se estruturam as representações, e as relações dessas representações com a história: tempo, vínculo e espaço de organização da identidade.

Além disso, o trabalho diferencia os homens dos animais, uma vez que o homem possui uma transcendência, que marca sua individualidade. O homem sobrevive pelo trabalho, ou seja, enquanto os animais utilizam a natureza, o homem a submete, pondo-a a seu serviço (CODO, SAMPAIO & HITOMI, 1993), e tem a liberdade de pará-lo ou de fazê-lo de formas diferentes (ALBORNOZ, 1986). O homem é marcado pela intencionalidade, e isto o diferencia.

3.2 A Evolução do Trabalho e seus Significados

Na Antigüidade, na Grécia, o trabalho físico era servil e humilhante, e cabia a escravos e mulheres, enquanto o trabalho intelectual e contemplativo cabia aos homens livres. Na tradição judaica, o trabalho era uma forma de castigo pelo pecado

original cometido contra a ordem de Deus: “Maldita é a terra por tua causa: em fadigas obterás dela o sustento durante os dias da tua vida (...) No suor do rosto comerás o teu pão” (BÍBLIA SAGRADA, Gênesis 3: 17-19).

No início do Cristianismo, o trabalho também era uma forma de expiação dos pecados, mas a isso agregava-se a caridade, a saúde do corpo e da alma e a intenção de afastar os maus pensamentos (ALBORNOZ, 1986).

A partir da Reforma Protestante, mesmo visto como conseqüência da queda do homem pelo pecado original, o trabalho começou a ser encarado como a finalidade da vida, como vocação e como virtude, e o ócio, tido como algo anti-natural e pernicioso. Para os protestantes luteranos, o cumprimento dos deveres mundanos teria sido imposto pela vontade divina, e as pessoas deveriam permanecer na condição e na vocação em que Deus as houvesse colocado, e deveriam adaptar-se a elas (WEBER, 2004). Para os protestantes calvinistas, embora o trabalho fosse uma vontade divina, estava associado à idéia de predestinação, e de empenho mais pela salvação neste mundo do que na vida futura (WEBER, 2004). Assim, o trabalho passou de mal necessário à realização da vontade de Deus, assim como a acumulação de riqueza deixou de ser grave pecado para se tornar obra do destino.

No Renascimento, o trabalho começou a ser visto como estímulo para o desenvolvimento humano, como expressão do homem, como a melhor forma de preenchimento da sua vida. O homem então passou a ser um criador, e o trabalho passou a ter um significado intrínseco. Mesmo sendo a contemplação considerada superior, já não se repelia o trabalho físico, haja vista que o mesmo seria uma condição necessária para a liberdade (ALBORNOZ, 1986).

No século XVIII, o Iluminismo veio a exaltar o trabalho e a técnica, que davam ao homem o domínio sobre a natureza. Além da exaltação dos iluministas ao trabalho, alguns economistas, como Adam Smith e David Ricardo, defenderam a atividade material produtiva e reconheceram-na como fonte de riqueza e valor social (ALBORNOZ, 1986).

A partir dos séculos XVIII e XIX, o trabalho foi adquirindo novas significações. O filósofo alemão Hegel considerava o trabalho humano como um processo de transformação, uma satisfação mediata do desejo e da carência. Na sua produção, o

homem também se auto-produziria, e somente satisfaria seu desejo quando fosse reconhecido por seus iguais. Desta forma, o trabalho seria um modo de atingir a autoconsciência, sendo, portanto, visto como algo positivo. Já para Fourier, o trabalho seria uma realidade de sofrimento e pena, que deveria ser associada ao prazer e, para tanto, deveria ser atraente. Para Marx, herdeiro de Smith, Hegel e Fourier, a essência do ser humano estaria no trabalho. O trabalho, para ele, seria a expressão da vida humana, um mediador entre homem e natureza, um fator de transformação de si mesmo. Marx também enquadrou o trabalho no campo da necessidade (ALBORNOZ, 1986).

Vivia-se nesta época, os primórdios da Revolução Industrial, a qual teve seu início na segunda metade do século XVIII, na Inglaterra, e cujas origens podem ser encontradas nos séculos XVI e XVII, com a política de incentivo ao comércio que fora adotada pelos países absolutistas. Com a acumulação de capital nas mãos dos comerciantes burgueses e com a abertura dos mercados, proporcionada pela expansão marítima, sobreveio o crescimento da produção, exigindo-se, portanto, mais mercadorias e preços menores. Do trabalho artesanal passou-se, de forma gradativa, para a produção em oficinas, e destas para a produção nas fábricas. A Revolução Industrial deu-se através da substituição do trabalho físico e manual pela mecanização dos sistemas de produção, tornando os métodos de produção mais eficientes, mais rápidos e mais baratos. Em outras palavras, a troca da energia física pela mecânica, da ferramenta pela máquina e da manufatura pela fábrica.

Assim, as máquinas foram substituindo, aos poucos, a mão-de-obra humana, aumentando o volume de desempregados, os níveis de poluição e o crescimento desordenado das cidades. A mecanização também desqualificava o trabalho, fazendo com que a remuneração fosse reduzida, e os trabalhadores, agora operários, não somente passaram a ser assalariados dos donos do capital, como também deixaram de controlar seu ritmo de trabalho para submeterem-se à disciplina das fábricas nas quais passaram a ser concentrados.

Enfim, a Revolução Industrial é um marco que encerra a transição entre feudalismo e capitalismo, em um processo ininterrupto de produção coletiva em massa, geração de lucro e acúmulo de capital. Seu aspecto mais importante foi a transformação radical no caráter do trabalho, que separou, de um lado, o capital e os meios de produção e de outro, o trabalho propriamente dito. Assim, surge como uma

conseqüência da Revolução Industrial o chamado sistema capitalista, um sistema econômico e social que se caracteriza pela propriedade privada dos meios de produção, trabalho livre assalariado e acumulação de capital. É um sistema de mercado baseado na iniciativa privada, racionalização dos meios de produção e exploração de oportunidades de mercado para efeito de lucro. Em seu sentido mais restrito, o capitalismo corresponde à acumulação de recursos financeiros e materiais que têm sua origem e destinação na produção econômica.

Para Marx, o capitalismo é um determinado modo de produção de mercadorias, enquanto objetos com a finalidade de serem trocados e não a de serem usados. Para ele, o modo de produção não se restringe apenas ao âmbito econômico, mas estende-se a toda relação social estabelecida a partir da vinculação da pessoa ao trabalho. Neste modo de produção, a força de trabalho (ou seja, os trabalhadores) não é composta pelas mesmas pessoas que detêm os meios de produção. Esta divisão ocorre não somente em termos de produção, mas também em nível social, uma vez que separa as classes entre aquela detentora dos meios de produção e a que, em busca de sobrevivência, transforma a força de trabalho em mercadoria, a qual pode ser trocada ou vendida.

Neste novo sistema, o trabalho passa a ser encarado de forma diferente. Ao contrário das sociedades capitalistas, as pré-capitalistas não apresentavam uma delimitação nítida entre a produção e a reprodução da força de trabalho. O trabalhador passa a interessar ao capital por sua capacidade de converter seu trabalho em capital, e seu trabalho é considerado produtivo, na medida em que produz capital, mais valor, mercadoria, mais valia, e entra no circuito de produção de mercadorias, ou seja, entra em circulação (CODO, SAMPAIO & HITOMI, 1993).

Na busca por maior eficiência dos meios de produção e do conseqüente acúmulo de capital, surgem, no início do século XX, o taylorismo e o fordismo, ambos apoiados na burocracia, enquanto forma estável de organização do Estado e, conseqüentemente, dos processos de produção.

A burocracia apóia-se na chamada autoridade racional-legal, a qual baseia-se em regras e normas estabelecidas, reconhecidas e aceitas por todas as pessoas que compõem um determinado grupo ou comunidade. Esta autoridade racional-legal também fundamenta a base do Estado moderno e racional (WEBER, 1969). De acordo com Weber (1969), o Estado Racional é o único terreno onde poderia

prosperar o capitalismo moderno, e ele se apóia em uma burocracia especializada e em direito racional. Para o autor (1969), a burocracia é, então, um sistema que busca organizar a cooperação de um grande número de pessoas, cada qual com sua função especializada, de forma duradoura e estável.

Para Prestes Motta (1994), o burocratismo, ou seja, a forma pela qual a burocracia – enquanto estrutura social na qual as direções coletivas ficam submetidas a um aparelho impessoal hierarquicamente organizado, o qual deve agir de acordo com critérios impessoais e métodos racionais – administra as coletividades, nasce de três fontes principais, a saber: 1º, a necessidade de racionalizar o trabalho na empresa capitalista, gerando um aparelho administrativo, cujo objetivo é a gestão dessa empresa e suas relações com o resto da economia; 2º, o Estado moderno, que se tornou um instrumento de controle e de administração de vários setores da vida social, e 3º, o crescimento das organizações políticas e sindicais. Assim sendo, para o autor (1994), a burocratização tende a se generalizar, alcançando a economia, a política, a cultura e o lazer.

Assim sendo, atingindo as várias esferas sociais, a burocracia obviamente alcança as diversas organizações que compõem a sociedade. Essas organizações não apenas produzem bens e serviços, mas também produzem formas de comportamento e modos de pensar. São, portanto, mecanismos de produção e de controle social (PRESTES MOTTA, 1994). E foi sob a égide da burocracia que as empresas modernas adotaram suas formas de organização. Visando competitividade, lucratividade, e refletindo a realidade social e a lógica burocrática da dita sociedade moderna, surgiram o pensamento e a ação administrativos, os quais vingaram, principalmente nos formatos dos supra referidos taylorismo e fordismo.

O objetivo do taylorismo era atingir a máxima eficiência no processo produtivo com maior economia de tempo, através da chamada administração científica, que pretendia a sistematização e padronização do trabalho, por meio de uma definição precisa de cada etapa da produção e do tempo que deveria ser utilizado para cada uma delas. Neste modelo, havia quem planejasse o trabalho e quem o executasse, separando-se, desta forma, o trabalho intelectual do trabalho manual, e fazendo então, com que o trabalhador executor perdesse o controle sobre a produção em sua totalidade.

Considerando que o objetivo principal da administração era assegurar o máximo de prosperidade permanente ao patrão e ao empregado, Taylor (1990), após algumas argumentações, concluiu que, para se atingir tal objetivo, haveria um outro, este comum aos trabalhadores e à administração, que deveria ser

a formação e o aperfeiçoamento do pessoal da empresa, de modo que os homens pudessem executar em ritmo mais rápido e com maior eficiência os tipos mais elevados de trabalho, de acordo com suas aptidões naturais (TAYLOR, 1990, p. 26).

Taylor (1990) então propôs a adoção da que denominou Administração Científica, a qual ficou conhecida posteriormente por taylorismo. Alvo de admiração, de ceticismo e de manifestações tanto de defesa quanto de crítica, o modelo apregoado consistia em quatro princípios fundamentais, a saber: 1º, a substituição do critério individual e empírico do operário por um método científico para cada tarefa; 2º, seleção, treinamento, ensino e aperfeiçoamento científicos dos trabalhadores, em vez de eles mesmos escolherem os processos e fazerem auto-treinamento; 3º, cooperação cordial da administração com os trabalhadores, para articular todo o trabalho com os métodos científicos desenvolvidos; e 4º, divisão equitativa de trabalho e responsabilidades entre direção e operários.

Para o atingimento de tais objetivos, propôs-se alguns elementos, como o estudo do tempo e dos movimentos, a padronização de instrumentos e tarefas, fichas de instrução para os operários, sistema de rotinas e controles, dentre outros (TAYLOR, 1990).

Embora tenha realmente trazido maior eficiência e produtividade às fábricas, e seja amplamente utilizado ainda nos dias atuais, o modelo taylorista é freqüentemente visto como um vilão, uma vez que, ao dividir o trabalho, ele também separou ‘as mãos do cérebro’, e ao racionalizar o trabalho nas fábricas, tornou os trabalhadores substituíveis (MORGAN, 1996).

O fordismo, por sua vez, era um conjunto de princípios desenvolvidos por Henry Ford, em sua fábrica de automóveis, com o objetivo de racionalizar e aumentar a produção, por meio da chamada linha de montagem, na qual os veículos eram colocados em uma esteira e passavam de um operário para outro, para que cada um realizasse uma etapa específica do trabalho.

Além da esteira – a produção contínua –, a intercambialidade das peças e a facilidade de ajuste umas com as outras também foram consideradas no modelo

proposto, de forma a tornar a linha de montagem possível (BOTELHO, 2000). Desta forma, a expressão fordismo tornou-se sinônimo de produção em série, e levou ao extremo a segmentação e a especialização do trabalho, a repetitividade e a alta produtividade.

A forma de organização de Ford seguia algumas das prescrições da Administração Científica de Taylor, e também eliminou quase todos os movimentos desnecessários dos trabalhadores. Para Botelho (2000), o fordismo foi, enfim, uma associação das normas tayloristas do trabalho com a produção e o consumo de massa, entendendo-o como um conjunto de práticas econômicas, técnicas, políticas, gerenciais e sociais. A tarefa, nesta perspectiva, era organizada de forma que o trabalho fosse levado ao operário, o qual não dispenderia tempo com deslocamentos desnecessários. Assim, fixando o operário ao seu posto de trabalho, economizar-se-ia tempo, além de superespecializar cada trabalhador em uma dada atividade – ou melhor, superespecializar cada tarefa.

Tanto o fordismo quanto o taylorismo, modelos burocratizados de organização da produção, adaptaram o trabalho humano ao da máquina, transformando-o em uma das engrenagens da produção, além de promoverem fragmentação e especialização do trabalho, retirando do trabalhador o controle sobre sua produção, seu resultado e sua destinação. Assim, cada trabalhador entende de apenas uma parte do processo produtivo, e perde a noção do conteúdo total do trabalho.

Desta forma, o trabalho torna-se alienado, porque o produtor não detém, não possui e nem domina os meios da produção (ALBORNOZ, 1986). Esta alienação do homem do processo e do produto de seu trabalho é uma consequência da organização legal do capitalismo moderno e da divisão social do trabalho, que separa quem planeja e quem executa as tarefas. Para Albornoz (1986), é, em primeiro lugar, uma auto-alienação, pois o trabalhador vende o seu tempo, a sua energia e a sua capacidade a outros.

Há, na visão de Dejours (1988), em relação ao taylorismo, uma desapropriação do saber e da liberdade de invenção, de adaptação da organização do trabalho às necessidades e aptidões fisiológicas do trabalhador. Ocorre um amordaçamento da liberdade de organização, reorganização ou de adaptação do trabalho, e com isso, não somente as atividades são divididas: os indivíduos também

são separados uns dos outros e, solitários, são confrontados com as violências da produtividade.

3.3 O trabalho nos dias de hoje

Nos dias atuais, vivemos o que ARENDT (1983) chama de laborização do mundo, tomando-se por base o significado da palavra labor, enquanto atividade realizada pelo homem para a garantia de sua sobrevivência. Trabalha-se muito, e cada vez mais, na busca por manter-se vivo.

Nesta conjuntura, observa-se a pressão da sociedade, a criação de novas e mais necessidades e, conseqüentemente, o aumento de trabalho sem necessariamente aumentar-se os números de novos postos de trabalhadores e a remuneração dos mesmos. Ao contrário, o trabalho humano está sendo eliminado do processo de produção (RIKFIN, 1995). Esta situação ocorre através da introdução cada vez mais acelerada de novas tecnologias, da crescente substituição de pessoas por máquinas inteligentes.

Conseqüentemente, vivencia-se, por um lado, um desemprego maciço (RIKFIN, 1995; DEJOURS, 2003), com milhares de pessoas sendo despedidas de suas funções a cada ano, e outros tantos milhares de cidadãos buscando colocar-se no mercado pela primeira vez. Por outro lado, vive-se uma situação de subemprego, de informalidade e de precarização do trabalho.

Alguns autores utilizam o termo precariedade como um sinônimo para trabalho flexível, o qual poderia ser considerado de forma positiva, como trabalho diversificado e não monótono, mas também poderia ser considerado negativamente, pois a flexibilidade estende-se à (des)obediência a direitos consagrados pela legislação. Há três principais conceituações para os termos precariedade e informalidade do trabalho, conforme o que segue: a caracterização de uma situação de déficit ou ausência dos direitos de proteção social do trabalho, legalmente assegurados pela legislação; a existência de instabilidade do vínculo, do ponto de vista do trabalhador; e as condições de trabalho que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores. Em suma, a precariedade diz respeito principalmente ao grau de proteção legal em termos de obediência aos direitos trabalhistas e sociais e/ou ao

grau de estabilidade ou continuidade da relação de trabalho (NOGUEIRA, BARALDI & RODRIGUES, 2004).

Nas palavras de Nogueira, Baraldi & Rodrigues (2004), vive-se, em pleno século XXI, o reaparecimento do trabalho escravo e do trabalho servil, haja vista a situação de descumprimento das normas de proteção social do trabalho, e o fato de que as pessoas têm sido levadas a procurar e aceitar qualquer trabalho, por qualquer preço, a saber, o menor preço (FORRESTER, 1997). A partir dessa situação, o conceito de emprego passa a ser gradativamente substituído pelo de empregabilidade, ou de explorabilidade, ou mesmo de considerar que o trabalhador passa a ser supérfluo (FORRESTER, 1997).

É enfim, uma situação de grande vulnerabilidade do trabalhador, considerando-se este termo pelo conceito definido pela Organização Internacional do Trabalho, como “um estado de elevada exposição a determinados riscos ou incertezas, combinado com uma capacidade diminuída para se proteger ou defender-se deles e para fazer frente a suas conseqüências negativas” (NOGUEIRA, BARALDI & RODRIGUES, 2004, p.84).

Considerando-se o trabalho como primordial e essencial ao homem, tanto em nível de labor (sobrevivência) quanto em nível de socialização, de formação de identidade, pode-se afirmar que o cidadão, na situação de desemprego, seja em sua forma primária, seja ela crônica (DEJOURS, 2003), passa por um processo de sofrimento, de dessocialização progressivo (DEJOURS, 2003). O cidadão desempregado é levado a crer-se como um dono falido do próprio destino, que corre o risco de perder não somente o teto, mas também a vida, porque vive em uma sociedade que preza os mesmos critérios existentes quando os empregos eram abundantes (FORRESTER, 1997). Então, agregados à frustração de não poder garantir sobrevivência a si e aos seus por meio de seu trabalho formal, ao desempregado acumulam-se os sentimentos de vergonha, de impotência e de medo. Por sua vez, o cidadão empregado, estando ou não em situação de precariedade, informalidade ou mesmo de subemprego, passa pelo medo (DEJOURS, 1988; 2003): medo dos riscos reais e exteriores, que afetem a integridade física; medo dos riscos supostos, medo da incompetência. O trabalhador também passa pelas pressões sociais do trabalho, que o constroem e o levam a

trabalhar mal, a fiar-se nas outras pessoas, pela falta de esperança por reconhecimento (DEJOURS, 2003) e até mesmo pela alienação (DEJOURS, 1988).

Por alienação do trabalho, entende-se a ruptura entre o sujeito e o objeto, entre o homem e o mundo e do homem consigo mesmo. Este afastamento do trabalhador/produtor de si mesmo é um fenômeno que equivale à morte do mesmo, seja ela física, social ou psicológica. No entanto, o trabalhador não está morto, mas sim vivo, com seus sentimentos, fantasias, sonhos e esperanças (CODO, SAMPAIO & HITOMI, 1993).

A alienação se dá quando os detalhes do trabalho não são significativos, estão separados do produto do trabalho e quando o trabalhador não tem liberdade para organizar seu trabalho. A ruptura causada pela alienação se torna insuportável, e leva os trabalhadores a construírem modos coletivos ou individuais de reapropriação (CODO, SAMPAIO & HITOMI, 1993).

3.4 A Abordagem Dejouriana sobre o Trabalho: a psicopatologia do trabalho

A Psicopatologia do Trabalho é a “análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho” (DEJOURS & ABDOUCHELI, 1994b, p.120). Seu centro de gravidade está nos conflitos que surgem a partir do encontro entre um sujeito e uma situação de trabalho, considerando-se este sujeito com uma história prévia, e uma situação de trabalho que é fixada independentemente de sua vontade.

Para a psicopatologia do trabalho, o homem é virtualmente um sujeito que pensa, e não um ser passivo perante as pressões organizacionais. O homem pensa sua relação com o trabalho, produz suas interpretações sobre sua situação e condições, socializa-as, reage e organiza-se mental, física e afetivamente em função de suas próprias interpretações. Ele age sobre o próprio processo de trabalho e contribui para a construção e para a evolução das relações sociais do trabalho (DEJOURS & ABDOUCHELI, 1994b).

O trabalho, por sua vez, é considerado como um operador fundamental na construção do sujeito, como um mediador privilegiado entre o inconsciente e o campo social, e entre ordem singular e ordem coletiva. O trabalho, enfim, é tido

como um espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista da continuidade e da historicização do sujeito (DEJOURS & ABDOUCHELI, 1994b).

Há, no trabalho, duas ocorrências distintas, que podem interferir na relação e na significação do homem com seu trabalho: as condições de trabalho e a organização do trabalho.

Por condições de trabalho, entendem-se os ambientes e pressões químicas, físicas, biológicas, mecânicas, de higiene, de segurança e características antropométricas do posto de trabalho, cujo alvo principal é o corpo do trabalhador, onde podem gerar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas (DEJOURS, 1988; DEJOURS & ABDOUCHELI, 1994b).

Por outro lado, por organização do trabalho, designa-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade (DEJOURS, 1988). No entanto, a divisão do trabalho não acontece apenas no âmbito das tarefas. Ela também ocorre entre os homens. A divisão do trabalho propriamente dita é representada pela divisão de tarefas entre os operadores, repartição, cadência, pelo *modus operandi*. Já a divisão de homens complementa a divisão do trabalho, e envolve a repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle, dentre outros aspectos (DEJOURS & ABDOUCHELI, 1994b).

Em outras palavras, a organização do trabalho recorta, de uma só vez, o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho (DEJOURS, 1994). Para Dejours & Abdoucheli (1994b), a divisão de tarefas e o *modus operandi* incitam o sentido e o interesse do trabalho para o sujeito, ao passo que a divisão dos homens pede as relações entre pessoas e mobiliza os investimentos afetivos, amor, ódio, confiança, solidariedade, amizade, dentre outros.

A organização do trabalho contrasta com as condições de trabalho. Enquanto as condições de trabalho atuam sobre o corpo, a organização dele atua sobre o funcionamento psíquico do trabalhador. A organização do trabalho é decifrada como a vontade de outro, seja ele um indivíduo, um grupo de outros ou uma instituição, que se opõe ou que se impõe ao trabalhador. Assim, a organização do trabalho apresenta-se como um compromisso forte entre os homens, que ocorre, de início, entre pares, para a elaboração de regras defensivas e de regras de ofício; e depois,

entre níveis hierárquicos, para que se negociem e renegociem estas regras, obtendo-se compromissos sempre renegociáveis a partir delas (DEJOURS & ABDOUCHELI, 1994a).

Assim sendo, as condições de trabalho e a organização do mesmo formam a carga de trabalho, a qual é composta pela carga física e pelo que Dejours (1994) denomina carga psíquica. Para o autor, a carga psíquica envolve os elementos afetivos e relacionais da chamada carga mental, que, por sua vez, é mais ampla, englobando fenômenos de ordem neurofisiológica e psicofisiológica, e fenômenos de ordem psicológica, sociológica ou psicossociológica.

A carga psíquica do trabalho resulta do confronto do desejo do trabalhador contra as imposições do empregador, contidas na organização do trabalho, ou seja, a organização do trabalho e sua relação com o homem são fontes da carga psíquica do trabalho, a qual é considerada como um mecanismo regulador da carga global de trabalho (DEJOURS, 1994).

O bem estar da carga psíquica depende de um livre funcionamento, articulado com o conteúdo da tarefa, expresso nela mesma e revigorado por ela. Em geral, a carga psíquica aumenta quando a liberdade de organização do trabalho diminui: quanto mais rígida for a organização do trabalho, mais fragmentado ele é, e menor é o conteúdo significativo do trabalho e a chance de mudá-lo (DEJOURS, 1988).

Desta forma, a descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza resulta em prazer para o trabalhador. Quando o contrário ocorre, em que há uma situação na qual não é possível ao trabalhador exercer sua liberdade frente ao trabalho e rearranjar seu *modus operandi* – de forma que possa encontrar os gestos que lhe proporcionem prazer e, conseqüentemente, diminuam sua carga psíquica – a relação deste trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, e o resultado é sofrimento. “A energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão” (DEJOURS, 1994, p.29).

Para resistirem às pressões psíquicas do trabalho, os trabalhadores entram em uma situação de sofrimento, que começa quando já usou-se de tudo o que se dispunha de saber e de poder na organização do trabalho e quando não se pode mais mudar de tarefa (DEJOURS, 1988). Este sofrimento implica principalmente um

estado de luta do sujeito contra as forças ligadas à organização do trabalho, que o empurram em direção à doença mental, ou seja, é uma vivência subjetiva intermediária entre o bem-estar psíquico e a doença mental descompensada (DEJOURS & ABDOUCHELI, 1994b).

Para Dejours (1988), o sofrimento do trabalhador apresenta-se principalmente sob dois sintomas, que são a insatisfação e a ansiedade. A questão da insatisfação para com o trabalho pode ser refletida quando o sujeito encontra-se em situação de subemprego de suas capacidades ou em uma situação extremamente complexa para os seus talentos, a qual, além de envolver a significação do conteúdo do trabalho, também abala a imagem que o indivíduo tem de si mesmo, e que pode suscitar sentimentos de frustração, de inutilidade, indignidade, desqualificação. O autor salienta que vários são os profissionais que crêem que suas tarefas não são importantes, e não têm significado algum, tanto perante sua família, quanto perante seu grupo social. Assim como não há neutralidade do trabalhador em relação ao que eles produzem, também não há neutralidade da tarefa em relação ao meio afetivo do trabalhador. Desta forma, o significado do trabalho relaciona-se ao significado do próprio indivíduo e de suas relações. Outra vertente trata a insatisfação a partir do conteúdo ergonômico do trabalho, como origem de sofrimentos somáticos e doenças. No entanto, tratam-se de insatisfações mais concretas, voltadas para o corpo e para o conteúdo econômico e não para o aparelho mental e para o conteúdo significativo do trabalho.

O sintoma da ansiedade é visto por Dejours (1988) como resultante de um conflito intrapsíquico, cuja investigação deve ser feita apenas pela psicanálise. Para o autor, a angústia pode apresentar-se sob três formas principais, a saber, a relativa à degradação do funcionamento mental e do equilíbrio psicoafetivo; a relativa à degradação do organismo resultante dos riscos sobre a integridade física e a gerada pela chamada disciplina da fome – ou a angústia da morte, que está mais diretamente relacionada à condição humana e à necessidade de sobrevivência do que ao trabalho propriamente dito. Dejours (1988) prefere lidar com o medo, em vez da angústia, uma vez que o medo corresponde a aspectos concretos da realidade, a riscos relacionados à integridade física, tanto em nível individual quanto coletivo, sejam eles riscos reais ou supostos. Contra o medo, o trabalhador desenvolve defesas específicas, as quais são os sinais indiretos do próprio medo.

O sofrimento apresenta-se nas formas criativa e patogênica. A primeira é um estado transformável. O sofrimento pode ser transformado em criatividade e contribui para beneficiar a identidade, e aumenta a resistência do trabalhador aos riscos de desestabilização psíquica e somática (DEJOURS & ABDOUCHELI, 1994b).

Por sua vez, a forma patogênica do sofrimento surge quando não há mais margens para o sujeito exercer sua liberdade na transformação e aperfeiçoamento da organização do trabalho, e nada mais resta a ele, além de pressões rígidas, fixas e incontornáveis, as quais trazem consigo sentimentos de medo, frustração, impotência. Neste caso, “todas as possibilidades de adaptação ou de ajustamento à organização do trabalho pelo sujeito, para colocá-la em concordância com seu desejo, foram utilizadas, e a relação subjetiva com a organização do trabalho está bloqueada” (DEJOURS & ABDOUCHELI, 1994b, p.127).

Assim sendo, enquanto o sofrimento patogênico é o mediador da desestabilização e da fragilização da saúde, o sofrimento criativo funciona como um mediador para a saúde.

Considerando-se que parte-se, na psicopatologia do trabalho, de uma subjetividade já constituída que vai ser exposta à realidade do trabalho, pode-se dizer que o indivíduo interpõe-se entre as pressões do trabalho e a doença mental, uma vez que ele é capaz de compreender sua situação e também reagir a ela e defender-se dela. As reações de defesa adotadas por cada indivíduo são singulares, em função do passado, da história e da estrutura de personalidade de cada um (DEJOURS & ABDOUCHELI, 1994b).

3.4.1 O sujeito se defende: mecanismos e estratégias de defesa

O sofrimento no trabalho gera várias manifestações psicopatológicas, e se ele não é acompanhado por uma descompensação neste sentido, como uma ruptura do equilíbrio psíquico – a doença mental –, é porque suscitou defesas que foram empregadas para controlar este sofrimento (DEJOURS, 2003), e quando os recursos defensivos já foram todos explorados, o sofrimento que tenha restado e não tenha sido compensado começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico,

levando o sujeito à descompensação e à doença (DEJOURS & ABDOUCHELI, 1994b).

Existem defesas em nível individual, os mecanismos de defesa, e em nível coletivo, as estratégias de defesa. Os mecanismos de defesa, a princípio, seriam formas de fazer um reajuste psíquico, e teriam como objetivo primeiro ajudar ao trabalhador a suportar suas angústias e anseios, mas tornam-se elementos de fuga e distanciamento da realidade, provocando uma sobrecarga mental e, por conseguinte, maior sofrimento psíquico (DEJOURS, 1988).

Por sua vez, as estratégias de defesa são defesas construídas e empregadas coletivamente pelos trabalhadores, e são marcadas pelas pressões reais do trabalho (DEJOURS, 2003). As estratégias defensivas funcionam como regras, e como tais, elas supõem consenso ou acordo compartilhado. Elas são consideradas por Dejours & Abdoucheli (1994b) como inteligência astuciosa, “situada no próprio sofrimento, do qual ela é um dos resultados, e que não leva apenas à atenuação do sofrimento, mas a atingir, como contrapartida de seu exercício, bem sucedido, o prazer” (p.134), ou seja, as estratégias coletivas de defesa atuam sobre a percepção da realidade e operam por retorno e eufemização.

O que difere os mecanismos de defesa individual e as estratégias coletivas de defesa é que os mecanismos estão interiorizados, e persistem mesmo sem a presença dos outros indivíduos, ao contrário das estratégias, que não se sustentam sem consensos.

Dejours (1988) defende que mesmo sendo o sofrimento psíquico intenso, este é controlado pelas estratégias de defesa da pessoa. No entanto, quando as defesas não conseguem conter a gravidade dos conflitos pelas quais o trabalhador é atingido, este passa a apresentar e a desenvolver uma doença somática, e o adoecimento, que retira o homem do trabalho, é motivo de vergonha para ele. Assim, de acordo com Dejours (2003, p.37), “o grande palco do sofrimento é certamente o do trabalho, tanto para os que dele se acham excluídos quanto para os que nele permanecem”.

3.5 Conclusão

Este capítulo teve início com a definição etimológica da palavra trabalho e, posteriormente, com o significado do mesmo. Fez-se um passeio histórico, para melhor compreensão da evolução do significado do trabalho, englobando épocas como a Antigüidade, o início do Cristianismo, a Reforma Protestante, o Renascimento, o Iluminismo, a Revolução Industrial e o Capitalismo, chegando enfim, à atualidade, quando deparamo-nos com o desemprego, o subemprego, a precarização. Enfim, convivemos com a vulnerabilidade do trabalhador.

A partir de tal vulnerabilidade, chega-se no que se pode chamar de constrangimento do trabalhador, o que nos permite entrar em questões como alienação perante o trabalho, dessocialização e sentimentos de medo, vergonha e impotência. Estes apontamentos nos levaram à Abordagem Dejouriana do Trabalho, na qual foram apresentados a psicopatologia do trabalho, a organização do mesmo, cargas do trabalho, prazer e sofrimento, além de mecanismos e estratégias de defesa.

4 METODOLOGIA

À luz do problema de pesquisa exposto, bem como dos objetivos geral e específicos já explicitados na introdução deste trabalho, este capítulo pretende apresentar o método de pesquisa escolhido para a condução do trabalho, a Análise de Conteúdo, bem como suas características e passos a serem seguidos.

4.1 Método de Pesquisa

A pesquisa realizada é um Estudo de Caso, uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade ou sujeito que se analisa profundamente (TRIVIÑOS, 1987). O estudo de caso é um estudo profundo e exaustivo de um ou mais, embora poucos, objetos, para permitir conhecimento amplo e detalhado do(s) mesmo(s) (GIL, 1987).

O estudo de caso é uma estratégia que, embora forneça pouca base para que se façam generalizações específicas, visa examinar acontecimentos contemporâneos (YIN, 2001). Ele tem o valor de fornecer conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada, podendo os seus resultados permitirem e fornecerem hipóteses para outras pesquisas (TRIVIÑOS, 1987).

Esta pesquisa caracteriza-se, pois, como uma pesquisa exploratório-descritiva, de cunho qualitativo. Para sua realização, usou-se como principal ferramenta a análise de conteúdo, que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, cujo objetivo é a interpretação das mesmas, através da descrição de seu conteúdo (BARDIN, 1977).

4.2 Instrumentos para a coleta dos dados

Yin (2001) refere que os estudos de caso podem contar com várias técnicas e fontes de evidências, tais como documentações, observações, entrevistas, artefatos, histórias de vida, dentre tantas outras.

Para esta pesquisa, a coleta de dados foi feita a partir da revisão bibliográfica, observação de quatro unidades de saúde, um roteiro com questões fechadas e entrevistas semi-estruturadas.

A revisão bibliográfica objetiva a busca e a obtenção de aprofundamento histórico e conceitual a respeito da significação do trabalho e do Sistema Único de Saúde, principalmente sobre os profissionais agentes comunitários de saúde. Esta etapa foi desenvolvida a partir de material já existente, constituído principalmente por livros e artigos científicos, e foi de fundamental importância para a busca de fatos históricos (GIL, 1987), uma vez que a interpretação dos resultados depende também de toda uma contextualização (MORAES, 1999).

O roteiro com questões fechadas visou a caracterização dos sujeitos da pesquisa. Este roteiro buscou dados como sexo, idade, estado civil, filhos, dependentes, escolaridade, tempo de serviço na função, área de atuação (zona urbana ou rural), salário e forma de contratação.

As entrevistas, que podem ser consideradas como relatórios verbais (YIN, 2001) e como formas de interação social (TRIVIÑOS, 1987), buscaram conhecer as percepções individuais dos sujeitos. Para Yin (2001), as entrevistas são uma das mais importantes fontes de informação para estudos de caso, sendo inclusive consideradas essenciais para tal feito. Para Triviños (1987), as entrevistas são frutos da teoria que embasa a pesquisa e também das informações que o pesquisador já possui a respeito do fenômeno social que lhe interessa. Estas entrevistas foram semi-estruturadas. Este tipo de entrevista, em geral, parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, e oferece um campo de interrogativas bastante amplo, frutos de novas hipóteses que surgem na medida em que se recebem as respostas. Desta forma, o informante, de forma espontânea, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987). Para sua posterior análise, as entrevistas foram gravadas e transcritas pela autora da pesquisa, com o objetivo de garantir a confidencialidade das informações, bem como a autenticidade das mesmas e um maior comprometimento com o trabalho em questão.

4.3 A análise dos dados coletados

A análise dos dados coletados teve um enfoque qualitativo, e foi realizada a partir do método de análise de conteúdo.

O referido método é considerado por Olabuenaga & Ispizúa (1989, in MORAES, 1999) como uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de qualquer documento.

A análise de conteúdo é um instrumento de pesquisa que se constitui em um conjunto de técnicas de análises das comunicações, cuja descrição analítica funciona de acordo com procedimentos sistemáticos e objetivos, através da descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das comunicações, tendo por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações (BARDIN, 1977).

4.4 Etapas do método de análise de conteúdo

Para efetuar a análise do conteúdo do material obtido a partir das entrevistas, seguiram-se as etapas definidas por Moraes (1999), conforme o que segue: preparo das informações, unitarização, categorização, descrição e interpretação.

A primeira etapa é a de preparo das informações, um processo que consiste em identificar as diferentes amostras de informação para análise (através de uma leitura de todos os materiais e da opção por aqueles que efetivamente estão de acordo com os objetivos da pesquisa) e em codificar os materiais, para que se possa rapidamente identificar cada elemento dos documentos em análise.

A segunda etapa é a de unitarização, ou transformação do conteúdo em unidades. Esta fase depende de outras quatro “sub-etapas”:

1. Releitura minuciosa dos materiais, para que se possa definir as unidades de análise. Estas unidades são definidas pelo pesquisador, e podem ser palavras, frases, temas ou documentos integrais;
2. Nova releitura, para identificar as unidades de análise;
3. Isolamento das unidades de análise, para que possam ser classificadas. Esta fase é um tipo de fragmentação do material e, então, necessariamente, perde-se parte da informação. Por outro lado,

este processo exige que as unidades sejam reelaboradas, para que possam ser compreendidas fora de seu contexto original e, com isso, a perda da informação pode ser justificada, pois a análise torna possível um aprofundamento da compreensão sobre a unidade;

4. Definição das unidades de contexto, mais amplas do que as unidades de análise, uma vez que, retornando-se ao contexto, se possa explorar seu significado de forma mais completa.

Feita a unitarização do conteúdo, passa-se à terceira etapa, a de categorização ou classificação das unidades em categorias. Este é um processo de agrupamento de dados, a partir de pontos em comum, podendo ser utilizados critérios sintáticos ou semânticos para o estabelecimento das categorias. Este é um processo de redução de dados, e de extração de seu significado. As categorias devem ser válidas, e a categorização deve ser exaustiva, homogênea, exclusiva e objetiva.

A quarta etapa é a da descrição, um momento de expressão dos significados que foram captados na etapa anterior, envolvendo a interpretação dos conteúdos. Para cada categoria, escreve-se um resumo e, embora ainda não seja um momento interpretativo, é o momento de expressão dos significados captados e intuídos nas mensagens.

A última etapa é a da interpretação, a qual apóia-se na interação dos materiais colhidos e preparados, e estabelece-se uma relação entre eles, a reflexão e a intuição do pesquisador.

Nesta etapa, o pesquisador propõe-se a examinar o conteúdo manifesto do material ou o conteúdo latente do mesmo.

A análise do conteúdo manifesto dá-se em caráter objetivo, restringindo-se ao que é dito, a uma leitura representacional.

Por outro lado, a análise do conteúdo latente busca os significados ocultos, as entrelinhas, os sentidos implícitos nas falas dos autores, enfatizando-se, desta forma, a subjetividade.

Cabe observar que, na busca por uma compreensão mais aprofundada, não é possível ignorar o conteúdo latente das mensagens (MORAES, 1999; TRIVIÑOS, 1987).

5 RESULTADOS DA PESQUISA

O presente capítulo tem a intenção de apresentar informações pertinentes à organização escolhida para estudo, bem como a coleta e a análise dos dados obtidos.

Para tanto, faz-se uma breve descrição da organização em estudo e da forma como foi conduzida a coleta de dados. A seguir, descreve-se os sujeitos da pesquisa, em que vários quadros informativos são expostos, de forma a identificá-los de maneira visualmente mais objetiva.

Após tais apresentações, segue o desenvolvimento da análise dos dados coletados, a partir do método de Análise de Conteúdo, descrevendo-se as categorizações inicial, intermediária e final.

5.1 A organização para estudo

A instituição escolhida para a pesquisa é o Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa de Saúde da Família – PACS/PSF – da Secretaria Municipal de Saúde de Torres/RS.

A Secretaria Municipal de Saúde de Torres conta, atualmente, com uma equipe do Programa de Agentes de Saúde (PACS) e com cinco equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), envolvendo trinta e três agentes de saúde. A cobertura de atendimento da estratégia de saúde da família no município chega a 68% de sua população fixa (BRASIL, 2005b), a qual, conforme dados do IBGE, Censo 2000 (BRASIL, 2004b), é de 30.877 habitantes.

As equipes de Saúde da Família localizam-se em pontos estratégicos do município, a saber, nos bairros urbanos Curtume, São Francisco, Vila São João, e nas localidades rurais, Rio Verde e São Braz, atendendo em torno de 3.780 famílias.

O PACS, por sua vez, atua em bairros que não são atendidos pelas equipes de saúde da família, e que tem no Posto de Saúde Central a sua referência para

atendimento em saúde, em nível eletivo. Há, porém, alguns bairros no município que não estão cobertos pela atuação de agentes de saúde, como o Bairro Centro, este em função de sua grande população, o que demandaria um volume grande de agentes em ação. A atuação dos onze agentes do PACS atinge cerca de 2.670 famílias.

A Estratégia de Saúde da Família, neste município, engloba a atuação de médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, profissionais administrativos e trinta e três agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2005b). Estas equipes estão diretamente subordinadas ao Secretário Municipal de Saúde, sendo que a coordenação de cada equipe fica a cargo das suas próprias enfermeiras.

5.2 A coleta de dados

A coleta de dados para esta pesquisa foi realizada entre julho e novembro de 2005, através de questionário e de entrevistas semi-estruturadas, com treze agentes comunitários de saúde do município de Torres, no Litoral Norte do Rio Grande do Sul. As entrevistas foram todas realizadas nas dependências das unidades de saúde de referência dos agentes envolvidos na pesquisa, de forma a facilitar seu deslocamento.

As entrevistas, as quais duraram em média de trinta a quarenta minutos, foram feitas, gravadas e transcritas pela autora desta pesquisa, com a finalidade de se assegurar o sigilo dos nomes das pessoas envolvidas, de algumas informações prestadas e também para garantir um maior comprometimento com a pesquisa, bem como a fidelidade às entrevistas.

As questões que nortearam as entrevistas estão relacionadas em anexo.

5.3 Os sujeitos da pesquisa

Para esta pesquisa, foram entrevistados treze agentes de saúde, os quais foram convidados aleatoriamente, e participaram conforme sua intenção e disponibilidade. Os agentes entrevistados representaram tanto as equipes de PACS

quanto de PSF, zona rural ou urbana e gênero, conforme se poderá observar nos quadros demonstrativos a seguir.

Os ACS em questão são, em sua maioria, mulheres, com idades que variam entre 23 e 48 anos, com filhos e escolaridade em nível médio. A atuação destes agentes ocorre tanto na zona urbana quanto na zona rural do município, não atingindo, entretanto, o bairro central do mesmo.

Antes, porém, cabe informar que mesmo não tendo sido elaborados quadros específicos para tanto, todos os agentes de saúde do município são contratados por meio de um consórcio intermunicipal, possuindo as garantias e benefícios previstos na legislação trabalhista. O salário, em média, dos agentes de Torres/RS, é de R\$ 425,00 (quatrocentos e vinte e cinco reais), e nenhum dos agentes entrevistados participa do Conselho Municipal de Saúde de Torres/RS, tampouco freqüentam suas reuniões.

A seguir, os quadros informativos:

Quadro 1: Distribuição quanto ao gênero

Gênero	ACS	%
Feminino	12	92,31
Masculino	1	7,69
Total	13	100,00

Fonte: Questionário elaborado pela autora

A profissão de agente comunitário de saúde no Brasil, historicamente, é uma profissão feminina, o que pode ser evidenciado no quadro acima. A equipe do município de Torres/RS possui, atualmente, apenas um agente de saúde do sexo masculino, o qual contribuiu para a pesquisa.

Tal fato faz com que se mencione a crescente presença das mulheres no mercado formal de trabalho como uma realidade atual em todo o mundo, em um mercado que trata homens e mulheres como indivíduos aparentemente livres e iguais (GOLDFINGER, 2002; SALOMÃO & DREWS, 2005).

Quadro 2: Distribuição quanto à idade

Faixa etária	ACS	%
20-24	3	23,08

25-29	5	38,46
30-34	-	-
35-39	3	23,08
40-44	1	7,69
45-49	1	7,69
Total	13	100,00

Fonte: Questionário elaborado pela autora

Os agentes de saúde entrevistados encontram-se entre as idades de 23 e 48 anos, perfazendo uma média aproximada de 31 anos. Entretanto, média não necessariamente representa a realidade. O que se observa dentre os entrevistados é uma grande heterogeneidade na questão faixa etária, não sendo possível determinar um perfil restrito neste quesito.

Quadro 3: Distribuição quanto ao estado civil

Estado civil	ACS	%
Solteiros	4	30,77
Casados/união estável	7	53,85
Separados/divorciados	2	15,38
Total	13	100,00

Fonte: Questionário elaborado pela autora

Não é possível traçar um perfil determinado dos agentes quanto ao seu estado civil, uma vez que cerca de metade dos agentes encontra-se em união com cônjuge ou parceiro, e a outra metade declarou estar sem companheiros, sejam os ACS solteiros ou separados/divorciados.

Quadro 4: Distribuição quanto número de filhos

Filhos	ACS	%
Nenhum	3	23,08
1	5	38,46
2	2	15,38
3	3	23,08
Total	13	100,00

Fonte: Questionário elaborado pela autora

A maior parte (76,82%) dos agentes envolvidos na pesquisa possui filhos, o que revela a existência de laços de dependência familiares.

Quadro 5: Distribuição quanto número de dependentes

Dependentes	ACS	%
Nenhum	11	84,62
1	2	15,38
Total	13	100,00

Fonte: Questionário elaborado pela autora

Poucos são os agentes entrevistados que possuem dependentes além dos filhos. Nos dois casos existentes, o indivíduo dependente do ACS é a mãe do mesmo. Assim sendo, a partir dos dados dos quadros 4 e 5, pode-se inferir que todos os dependentes dos agentes de saúde são familiares em primeiro grau (pais e filhos).

Quadro 6: Distribuição quanto ao tempo de função

Tempo de função	ACS	%
Menos de 1 ano	-	-
De 1 ano a 1 ano e 11 meses	2	15,38
De 2 anos a 2 anos e 11 meses	5	38,46
De 3 anos a 3 anos e 11 meses	-	-
De 4 anos a 4 anos e 11 meses	-	-
Mais de 5 anos	6	46,16
Total	13	100,00

Fonte: Questionário elaborado pela autora

Observa-se que o tempo mínimo de atuação entre os entrevistados é de um a dois anos, podendo observar-se uma certa estabilidade na permanência nas atividades de agentes de saúde. Tal situação pode ser associada ao processo de escolha e manutenção dos profissionais no quadro, o qual é feito de forma pública e mediante consórcio intermunicipal, sem envolver contratações do tipo cargos em comissão ou contratos temporários.

Quadro 7: Distribuição quanto à zona de atuação

Zona	ACS	%
Urbana	11	84,62
Rural	2	15,38
Total	13	100,00

Fonte: Questionário elaborado pela autora

Pode-se declarar que a maior parte dos agentes entrevistados atua e vive na zona urbana, uma amostra da realidade de toda a equipe do município de Torres/RS.

Quadro 8: Distribuição quanto à escolaridade

Escolaridade	ACS	%
Fundamental incompleto	-	-
Fundamental completo	1	7,69
Ensino Médio Incompleto	2	15,38
Ensino Médio completo	7	53,85
Superior incompleto	2	15,38
Superior completo	1	7,69
Total	13	100,00

Fonte: Questionário elaborado pela autora

É muito interessante observar que há, dentre os agentes de saúde entrevistados, formação educacional maior do que a explicitada na legislação pertinente e nos processos de seleção. Conforme referido anteriormente, solicita-se ao candidato a agente comunitário de saúde que o mesmo saiba, ao menos, ler e escrever. O município de Torres tem solicitado aos candidatos o nível fundamental de formação escolar.

O que se observa dentre os agentes entrevistados é um grande percentual deles com formação mínima muito além do que lhes é solicitado: 76,92% deles possuem pelo menos o ensino médio (anteriormente denominado segundo grau) completo, sendo possível encontrar profissionais com formação superior em andamento ou mesmo completa.

É um dado bastante importante e positivo para a estratégia de saúde da família no município pesquisado, uma vez que o grau de escolaridade é um elemento essencial a ser considerado na abordagem da população no que tange às práticas em saúde. Baixos níveis de escolaridade podem afetar de modo negativo na formulação de conceitos de autocuidado em saúde, na noção de conservação ambiental e na percepção da necessidade de atuação em contextos sanitários coletivos (BRASIL, 2004e).

Quadro 9: Distribuição quanto à vinculação PACS/PSF

Vínculo	ACS	%
PACS	4	30,77
PSF	9	69,23
Total	13	100,00

Fonte: Questionário elaborado pela autora

A maior parte dos agentes de saúde entrevistados estão vinculados à estratégia de Saúde da Família por meio do Programa de Saúde da Família, o que representa a realidade do município escolhido. Um fator importante a ser inferido é que estes agentes vinculados ao PSF têm uma melhor estrutura de apoio em atenção básica do que os agentes vinculados ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, conforme mencionado anteriormente.

5.4 As Categorias Iniciais

As trinta categorias iniciais foram extraídas da análise das entrevistas, considerando-se pontos em comum entre elas. Cabe ressaltar que as categorias surgiram e foram marcadas pela circularidade do fenômeno. As respostas, ao longo do tempo, repetem-se e originam novos questionamentos, que são também pertinentes aos demais atores a serem entrevistados, e que geram respostas também semelhantes entre si.

É preciso destacar que, na pesquisa em questão, tem-se uma maioria de mulheres casadas e com filhos, ou seja, desempenhando um papel de grande importância no núcleo familiar. A predominância de mulheres atuando como agentes comunitários de saúde não é uma característica exclusiva do município escolhido para a pesquisa, mas sim, reflete uma característica do âmbito do sistema de saúde brasileiro.

A seguir, apresenta-se a Tabela de Derivação das Categorias Iniciais e, após, a análise das referidas categorias:

Quadro 10 – Processo de derivação das categorias iniciais

Nº	Título	Palavras-chave	Resumo
1	Motivos para o trabalho	Trabalho, gostar de trabalhar, sustento, realização, cultura familiar, forma de ajudar	Trabalha-se por gostar de trabalhar, para sustentar-se, para realizar-se, por ser uma questão cultural familiar e como uma forma de ajudar as pessoas.
2	Um oceano de atividades	Trabalho, ACS, papelada, controle, orientação, sobrecarregado, oceano de atividades	O trabalho é um oceano de atividades, envolve orientação, controle e uma papelada que sobrecarrega o ACS.
3	Percepções sobre o trabalho	Trabalho, bom, árduo e desgastante, humanitário, pouco reconhecido, responsabilidade e participação na vida das famílias	O trabalho é bom, embora árduo e desgastante; é humanitário, mas pouco reconhecido; envolve responsabilidade e participação na vida das famílias.
4	Papel e limites	ACS, antes, seleção, papel, saber, não conseguir separar, função, prevenção, ajudar as pessoas	Antes da seleção, não se sabia sobre o papel do ACS e após, mesmo sabendo, não se consegue separar a função de prevenção do ajudar as pessoas.
5	ACS como raiz e a dependência da comunidade	ACS, raiz, dados e informações, conhecer, comunidade, acomodada, dependente	O ACS é uma raiz para o conhecimento e as informações da comunidade, que se torna acomodada e dependente.
6	O reconhecimento das pessoas	ACS, prazer, pessoas, outros profissionais, reconhecimento	O prazer vem quando o ACS é reconhecido pelas pessoas e por outros profissionais.
7	Ser útil e poder ajudar	Ser útil, saber e poder ajudar, prazer, ACS, comunidade	O prazer do ACS está em ser útil, saber e poder ajudar as pessoas e a comunidade.
8	As crianças	Crianças, recepção, gratificação, crescimento, desenvolvimento, acompanhar	É gratificante ser recebido pelas crianças e acompanhar seu crescimento e desenvolvimento.
9	Injustiças e desigualdades	Injustiças, privilégios e favorecimentos a	O ACS sofre com as injustiças que vê, com os privilégios e

		alguns, atenção desigual, sofrer	favorecimentos dados a alguns e com a desigualdade de atenção.
10	Os problemas e a falta de apoio	Difícil, conviver, resolver, problemas, falta de projetos, apoio de outras esferas	É difícil conviver com problemas e não resolvê-los, por falta de projetos e de apoio de outras esferas.
11	A angústia pela não-mudança	Pessoas, não mudar, depender, angústia, não fazer o trabalho direito, ajudar-se	Angustia pensar que o trabalho não foi feito direito porque depende de pessoas que não mudam e não se ajudam.
12	Desvalorização e discriminação profissional	Valorização, profissional, discriminação, nível de formação do ACS, incomodar	Incomoda ser desvalorizado e discriminado profissionalmente pelo nível de formação que o ACS tem.
13	Reclamações injustas e falta de compreensão	Pessoas, reclamações injustas, falta de compreensão, mentiras	Incomoda a falta de compreensão das pessoas, que mentem e reclamam injustamente.
14	A morte	Sofrer, fora de alcance, casos críticos, impotência, morte	Sofre-se com a impotência diante de casos críticos e da morte, que estão fora de alcance do trabalho.
15	A organização do PACS e a do PSF	PSF, PACS, organização, bom, complicada	O PSF é bem organizado, enquanto a organização do PACS é complicada.
16	A organização e o cumprimento das tarefas	ACS, organizar, tarefas são dadas, cumprir, depender	As tarefas são dadas ao ACS, e depende dele a sua organização e o seu cumprimento.
17	Tempo e espaço de trabalho	Tempo, espaço, extensão, trabalho, casa, ACS	A casa é uma extensão do tempo e do espaço de trabalho do ACS.
18	Material de trabalho	Falta, livros de orientações, materiais de trabalho, fichas	Faltam livros de orientação e alguns materiais de trabalho, mas se tem as fichas.
19	Transporte	Vale-transporte, carro, dificuldade, deslocamento de pacientes, ver em casa	Não há vale-transporte, e há dificuldade de se usar o carro para deslocarem pacientes ou vê-los em casa.
20	Uniforme	Agentes, tem e não	Os agentes têm e não têm

		tem uniforme, pagar, organizar	uniforme, e estão se organizando para pagar por um.
21	Dias de chuva	Dias de chuva, ficar em casa, trabalhar no posto, sem visitas, trabalho interno	Em dias de chuva, não se faz visitas, ou se fica em casa ou se vai para o posto, para trabalho interno.
22	Relacionamento entre equipes	Relacionamento, equipe PSF, PACS, entrosamento, crises, não existe.	O relacionamento entre as equipes PSF é entrosado, entre agentes do PACS teve crises, entre agentes de PACS e PSF não existe mais.
23	Relacionamento com supervisão	Relacionamento, em geral é bom, atritos, dificuldades, enfermeira-supervisora, de vez em quando	O relacionamento com as enfermeiras supervisoras em geral é bom, mas há atritos e dificuldades de vez em quando.
24	Relacionamento com a Secretaria Municipal de Saúde	Relacionamento, SMS, falhas comunicação, pouca intimidade, maior liberdade com novo governo	Embora se tenha maior liberdade com o novo governo, o relacionamento com a SMS é de pouca intimidade e há falhas de comunicação.
25	O relacionamento com a comunidade	Procurar, manter bom relacionamento, respeito, confiança, comunidade	Procura-se manter um relacionamento bom, respeitoso e de confiança mútua com a comunidade.
26	A dependência e o reconhecimento da comunidade	Comunidade, tornar dependente e acomodada, reconhecimento do ACS, conseguir fazer/dar o que quer	A comunidade se torna dependente e acomodada, e reconhece o ACS quando ele consegue fazer ou dar o que ela quer.
27	Participação na comunidade	Parcerias, igreja, projetos, associação de bairros, CPM, clube de mães	Há participação e parcerias com projetos, igreja, associações de bairros, CPM, clubes de mães.
28	O SUS melhor	SUS, melhorou muito, pensar além, vir para dentro da comunidade	O SUS melhorou muito, mas precisa pensar além, ir pra dentro da comunidade.
29	A má vontade e o empurra-empurra	Má vontade das pessoas, empurra-empurra, apadrinhamentos,	Há má vontade, empurra-empurra e apadrinhamentos, causando demora nos atendimentos.

		demora, atendimentos.	
30	A falta de estrutura e as cobranças	Trabalho, metas, cobrança, falta de estrutura, agente,	Cobra-se do agente trabalho e metas, mas falta estrutura para tanto.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados.

5.4.1 Motivos para o trabalho

A categoria inicial “motivos para o trabalho” surge a partir do questionamento sobre o que levaria o ACS a trabalhar, e várias foram as alternativas fornecidas pelas respostas dos agentes.

Uma primeira resposta nos traz a noção de que se trabalha pela remuneração, o que reflete a necessidade de sustento e de garantia da sobrevivência, e também de auxílio à renda da família, além da busca por uma vida digna, conforme o que segue:

Eu acho que é uma forma de tu... que nem eu, trabalho numa forma de ajudar minha família na renda. Também é uma forma de trabalho né (ACS 5).

Pra mim, significa em primeiro lugar, sem hipocrisia, o meu salário no fim do mês, que é o que me importa, no momento. Eu gostaria de tá em outro serviço, ter feito uma faculdade, mas eu não tive condições... (ACS 8)

Ah, o trabalho significa pra mim uma maneira justa, digna de... de sobreviver, de batalhar pela vida, pela... pelas dificuldades que tu encontra e... sendo justo, acho que qualquer coisa vale né... qualquer tipo de trabalho, desde faxineira até... qualquer coisa. Sendo honesto né (ACS 10).

Eu trabalho porque eu preciso de dinheiro. Preciso me sustentar. E quem não trabalha... pra nós já é difícil. Sem trabalhar... O trabalho pra mim é... ter prazer e ter agradecimento né, no final do mês, por semana, de repente. Mas tem que tá trabalhando. Quem nasce pobre é isso. Tem que ralar (ACS 13).

Lembrando-se que o grupo é composto principalmente por mulheres casadas e com filhos, um ponto interessante a ser destacado diz respeito ao fato de que as mulheres estão participando ativamente no sustento e na sobrevivência de suas próprias famílias, um reflexo da própria conjuntura social atual.

Uma próxima opção foi a de que não se consegue ou não se conseguiria ficar parado, sem trabalhar, e também por ser o trabalho uma característica herdada e

considerada pela família, ou seja, a necessidade de se estar envolvido em algum tipo de atuação útil seria uma questão cultural, de identificação com o trabalho.

Sei lá, eu... eu me criei assim, ah... de uma família que trabalhar é... eu acho que é tudo, acho que eu não conseguiria ficar sem, entendeu? Eu me dedico, é... não seria minha vida, porque lógico que, se eu ficar sem trabalhar eu não vou... né... Vou procurar uma maneira de me manter, mas... acho que trabalho assim, eu me identifico bastante com o trabalho, sendo de qualquer espécie. Só que se tu for mais reconhecido, se ele for mais... se tu tá num lugar que tu gosta, entendeu? É bem melhor, vai ser uma coisa assim... vai ser prazeroso, vai ser gostoso. E eu gosto de... de trabalho especialmente... eu to com público, eu to com as pessoas, eu to com... sabe... eu acho... pra mim, é um meio de viver. Uma vivência entendeu? Eu não conseguiria viver sem, sem trabalho, seja qual for (ACS 2).

E... não sei, é importante! Eu não consigo me imaginar sem trabalhar. Só porque eu prefiro trabalhar. Porque... quando a pessoa fica em casa, fica pensando besteira, então... (ACS 5)

Eu não consigo ficar em casa. Às vezes final de semana é difícil pra mim ficar em casa. Eu acho que eu sou muito... ativa assim... ahn, às vezes eu tenho alguma coisa pra fazer, relacionado com trabalho, e é domingo, eu não... eu pego e vou. No domingo. Eu tenho uma motivação assim, eu to sempre fazendo alguma coisa. Muito difícil eu ficar parada (ACS 11).

Uma resposta seguinte diz respeito ao trabalhar pelo fato de se gostar de trabalhar – independente da função ou cargo que se está exercendo – e por gostar do serviço ao qual está vinculado no momento, mesmo tendo dificuldades em seu desenvolvimento, conforme as declarações a seguir:

Ah, eu acho que todo trabalho a gente tem que ganhar alguma coisa né? Tem que ter alguma função a mais. **Por quê?** Porque, porque eu acho quem não gosta de trabalhar não trabalha né. Por exemplo assim, se eu não gosto de fazer faxina, eu não vou fazer faxina bem. Mais ou menos isso né. Eu gosto do meu serviço, eu posso fazer muitas coisas assim, que tem que tá na minha possibilidade né. **Mas por que é que tu trabalha?** Porque eu gosto (ACS 7).

Uma que eu preciso. Outra que eu gosto de trabalhar, independente do que for, eu gosto de trabalhar (ACS 9).

Por que que eu trabalho? Uma porque eu gosto né. Gosto mesmo do meu serviço. Claro que às vezes assim a gente tem alguma dificuldade, alguma... ocorrência aqui e ali, mas eu gosto (ACS 10).

Ao trabalho por gosto, chega-se a uma outra possibilidade, que seria a de trabalho por realização, a qual engloba a percepção de que, para os agentes de saúde, o trabalho é uma forma de realização tanto pessoal quanto profissional, bem

como uma forma de se aprender mais, de se desenvolver cada vez mais, de se obter responsabilidades e, enfim, de crescer como ser humano.

O que que o trabalho significa pra mim? Ah, eu acho que é o poder de me realizar, porque eu adoro trabalhar. Uma realização pessoal minha. Pra mim, e além do poder financeiro. A gente precisa do trabalho, tu precisa também. Mas eu acho assim que se for pra mim ficar, ficar em casa e trabalhar, eu preferia trabalhar do que ficar em casa. Sabe, se eu tivesse condições financeiras e não precisasse estar ali, se não precisasse trabalhar... pra mim o trabalho é importante. Todo mundo deve ter um trabalho. Mesmo que seja assim, sem dinheiro, se não precisasse trabalhar, eu acho que... em casa, também é um trabalho. Todo... o que tu faz é um trabalho (ACS 4).

Eu acho importante pra ti te realizar profissionalmente, porque sem trabalhar tu nunca vai... (ACS 5)

É uma forma de tu ter responsabilidade, de tu crescer como ser humano... Acho que é muito importante (ACS 5).

Porque a gente precisa, porque... pois e agora?... porque a gente precisa né? Tem que ter... tem que trabalhar pra gente aprender mais, desenvolver mais (ACS 12).

Um novo fator que moveria os agentes de saúde entrevistados foi a questão de se poder ajudar, praticamente uma unanimidade, apresentando-se como algo de grande importância em suas percepções. O pendor solidário, requerido como característica subjetiva necessária à atuação de um agente comunitário de saúde, revela-se em quase todas as falas dos entrevistados, ao referirem que o trabalho, em especial o trabalho de agente, é uma forma de ajudar as pessoas que precisam ser ajudadas, por meio de informações, de orientações, de encaminhamentos aos postos de saúde, de cadastros para programas diversos oferecidos pelo sistema de saúde e até mesmo, por meio de controles e de cobranças, como nos casos de vacinas, pesagens de crianças, realização de exames preventivos, dentre tantas outras atividades, conforme a seguir:

... e em segundo lugar, acho que o meu trabalho significa tá auxiliando as pessoas que precisam, porque mesmo nos dias de hoje é incrível o quanto de mulheres eu achei sem preventivo, quanta criança sem as vacina em dia, pessoas que tinham todos sintomas de pressão alta e nem sabiam que era isso... daí a gente encaminha pro posto, pra fazer o encaminhamento da pessoa, já fazer cadastro de dados, medicação... (ACS 8)

5.4.2 “Um oceano de atividades”

Alguns agentes de saúde, ao serem questionados sobre seu trabalho, apresentaram as atividades que envolvem esse processo. Como é um trabalho

voltado à prevenção e à promoção de saúde, o mesmo é realizado principalmente através das visitas domiciliares e, por meio delas, então, parte-se para as demais ações, como as orientações, o controle de exames realizados e das carteiras de vacinação, as informações de saúde, as orientações diversas e o engajamento e a visão dos problemas daquela comunidade.

Ahn, o meu trabalho é assim. Eu faço visitas mensais na minha comunidade, daí que que eu faço nas minhas visitas? Verifico a incidência de hipertensos, diabéticos, como é o esquema da medicação, se eles seguem dieta, se eles tomam remédio direitinho, né, cobro a carteira de vacina, se ta regular, se não ta, né, se a mãe faz direitinho... o peso da criança, pra ver se ela ta subnutrida ou não, né. Visito, ahn... Eu controlo incidência de preventivos, né, pra fazerem uma vez por ano certinho... e a gente vê todos os problemas sociais que moram na nossa área. Se tem alguém passando fome, passando dificuldade, se tem caso de violência na família, né? Esse tipo de coisa (ACS 5).

O meu trabalho de agente é feito principalmente nas casas das pessoas, é assim, de visita né... visita domiciliar, daí a gente instrui as mães pra não deixar atrasar as vacinas, pra elas manter o próprio exame do preventivo delas anualmente em dia, a gente cuida dos diabéticos, dos hipertensos... a gente faz grupos pra distribuição do medicamento de quem tá cadastrado, e controle de HGT, de pressão... a gente tem um grupo de gestantes, pra orientar as mães como proceder na gravidez e depois do parto... e... principalmente das criança de zero a cinco ano nossa prioridade de cuidar pra, por causa da mortalidade infantil... manter assim pra não ter uma epidemia de doenças assim, manter as vacinas sempre em dia... mais ou menos isso. Faço o trabalho burocrático no fim do mês... papelaria... (ACS 8)

Mesmo tendo consciência de que essas atividades são importantes, os agentes relatam a existência da “papelada”, que impede uma atuação exclusiva na comunidade, haja vista a necessidade de formalização de toda e qualquer atividade por eles realizada bem como dados específicos de cada membro de cada uma das famílias sob sua responsabilidade.

Além disso, como o agente é um profissional que tem acesso a detalhes específicos de sua comunidade, é a ele a quem os gestores recorrem, na busca por informações mais acuradas. Assim sendo, aos agentes do município estudado, cabem atividades não pertinentes ao cargo, como o cadastramento para o programa social do governo federal “Bolsa Família”, e posterior controle sobre algumas das informações que o programa exige para que as famílias continuem a receber o benefício, como pesagem das crianças, renda mensal familiar, dentre outros.

Desta forma, a formalização, bem como a realização de atividades não pertinentes ao cargo, conforme a percepção dos agentes, os sobrecarrega e, de

certa forma, torna o trabalho específico de agente comunitário de saúde com uma qualidade menor do que os próprios agentes esperam alcançar.

É Cartão do SUS, é cadastro Hiperdia, é renovação, revisão de Bolsa Escola, é não sei o que, é não sei das quanta, é pipipi, é popopo, é bobobo, aiaiai e... tem horas que tu fica... sufocado, tu não... eu acredito que a gente não devia ser sobrecarregado. Se é agente de saúde só pra falar de saúde, de prevenção e de educação em saúde, não tá sendo feito. A gente não tá só em prevenção e educação. A gente tá fazendo sobrecarregação de, de trabalho, de função, que não é. O pessoal do... atualização do Bolsa Escola, lógico, a comunidade necessita disso, mas a mulher mesmo do Bolsa Escola disse: “isso aí é uma coisa que vocês não são obrigados a fazer, vocês fazem em horário que sobrar um espacinho”. Sobrar, como? Se tem reunião, tem uma coisa, tem outra, tem isso, tem aquilo. Sempre tem uma função... entendeu? Isso eu acho que se nós não fosse sobrecarregados, melhoraria eu acho, bah, 50%. No mínimo (ACS 2).

5.4.3 Percepções sobre o trabalho

Mas eu gosto. Eu to assim gostando do trabalho, embora assim a gente vê, parece que às vezes não dá resultado. Ele, ele assim, não é trabalho que amanhã... amanhã tu tá... não é, é pouco tempo, sabe? Porque a gente trabalha muito assim, eu trabalho por exemplo muito com orientação, oriento muito o pessoal. Não tenho assim que resolver o problema, eu tenho que orientar. Então não é uma coisa assim, ahn, automática sabe, que tu só... ao longo do tempo que vai te mostrar o resultado (ACS 4).

O trabalho? Assim ó, pra ti ser agente de saúde, um BOM agente de saúde, tem que ter muita responsabilidade, tu tem que fazer aquilo que tu gosta, porque às vezes a pessoa confia em ti, então ela abre a vida pra ti. Então tu começa a participar daquela família. Tu fica sabendo de coisas às vezes que nem um parente chegado da família não sabe. Eu gosto de trabalhar de agente, não tenho pretensão de sair. E eu acho que tem que gostar de ajudar porque às vezes tu vai numa visita e tu não tem nada disso que eu falei que o agente de saúde faz. A pessoa tá precisando só de conversa, conversar, de colocar pra fora alguma alegria, alguma coisa. É isso (ACS 5).

Nas falas dos agentes de saúde entrevistados, o trabalho de ACS é um tanto dicotômico. Embora seja considerado árduo, cansativo e desgastante, ele é considerado como algo bom. Embora visto como humanitário, os agentes entrevistados consideram-no como pouco reconhecido pelos gestores e pelos demais profissionais de saúde.

Além disso, o trabalho envolve responsabilidade e participação na vida de cada indivíduo de cada família da comunidade à qual o agente está inserido. Ele permite ao agente sentir-se útil e ajudar as pessoas, ao mesmo tempo em que exige dos agentes uma atenção integral às suas famílias, o que lhes exige uma postura de participação na vida das pessoas, das famílias e das comunidades, associando-se a

isso a necessidade então não só de conhecimento, mas também de pendor para ajudar o próximo, de ética e de confiança.

5.4.4 Papel e Limites

Esta categoria inicial diz respeito ao papel do agente de saúde dentro do sistema, bem como seus limites.

Os entrevistados trouxeram interessantes informações e percepções a respeito de tal tema.

Antes de serem selecionados, os candidatos a agentes de saúde não tinham noção de qual seria o seu papel e suas atividades. O que se sabia, no máximo, era que o agente comunitário de saúde visita as famílias de sua própria comunidade:

... agente comunitário pra nós aqui em Torres, ele foi tido em... 98. e até a coisa mais interessante, assim, como experiência que eu gosto de falar que todo mundo falava pra mim me inscrever, e eu, achava que não era aquilo... que profissão é essa? Que agente de saúde é esse, né? Eu não... e todo mundo, as pessoas e famílias diziam Fulana, vai te inscrever, vai lá te inscrever, vai lá te inscrever... até que eu disse tanto que o pessoal me... que eu fui lá e me inscrevi. Mas eu nem tinha idéia do que era o agente comunitário de saúde, né. Me inscrevi, fiz a prova seletiva, né, que é uma prova escrita e depois a individual e coletiva. Passei. Aí foi quando realmente tudo começou né. Aí começou os treinamentos, né. Aí foi quando a gente começou a entender o que que era o trabalho do agente comunitário de saúde, que o nosso trabalho é levar a prevenção e informações da comunidade (ACS 1).

Bom... a princípio, quando eu fui fazer o concurso, eu fui fazer especificamente pelo trabalho em si né, que eu tava procurando trabalho, tava desempregada um tempão... depois que eu tinha vindo pra Torres eu tava... fazendo um biquinho aqui outro biquinho ali, então eu tava procurando um trabalho. E eu não tinha conhecimento nenhum... aonde eu morava, a parte da Itapeva, tinha agente de saúde, mas não se estendia até a minha casa, então eu não tinha noção do que era. Eu fui pela curiosidade né, pela proposta, e aí quando eu comecei a ver, eu vi que era uma coisa gostosa... (ACS 11)

Os processos seletivos para ACS, em geral, deixam claros os requisitos que devem ser preenchidos pelos candidatos, a saber: idade mínima, escolaridade mínima, disponibilidade de horário e residência na comunidade de atuação há pelo menos dois anos.

A partir da seleção, os agentes então empossados em seus cargos foram afinal apresentados à funções e atividades a serem desempenhadas. Assim sendo, passaram a ser conhecedores de seu papel e de seus limites.

No entanto, há que se observar que, mesmo tendo ciência disso, os agentes relataram não conseguir separar o que devem fazer do que realmente fazem. Em outras palavras, ao ACS cabem as atividades de prevenção e de promoção de saúde: orientações, informações de saúde, controles de vacinas e de exames preventivos, encaminhamentos, participação ativa na vida da comunidade, com vistas à sua melhoria, dentre outros.

Entretanto, o ACS torna-se uma referência na comunidade, e se faz praticamente impossível negar ajuda quando as pessoas pedem ou quando as situações de crise lhes são apresentadas, tal como nos relatos abaixo:

É que a gente acaba... ahn... mesmo sendo uma coisa assim ligada à saúde, tu acaba fazendo às vezes um trabalho de ajudar, né. Tu vê uma pessoa, uma família com criança, necessitada, tu não vai simplesmente lá na casa, fazer a tua parte burocrática e ir embora. Tu dá um jeito de pedir pra alguém, ver se alguém tem um alimento, se alguém... mesmo não sendo uma função do agente, eu não consigo separar muito assim as duas coisas. Eu acabo fazendo quando eu posso isso também (ACS 11).

Há que se considerar, ainda, que, embora haja clareza nos papéis e limites do ACS, alguns agentes não entenderam os motivos que levam a estes limites, e para tais agentes, o trabalho de prevenção e orientação não “tem graça”, porque não apresenta resultados visualizáveis tão rapidamente. Além disso, consideram que o trabalho de orientação seria uma forma de “não trazer problemas” para dentro das unidades de atenção à saúde. Este tipo de percepção se verificou entre agentes do PACS, talvez em função de eles não terem a mesma estrutura de apoio que os agentes das equipes de Saúde da Família tem.

5.4.5 O ACS como raiz e a dependência da comunidade

O ACS freqüentemente é descrito como elo entre as famílias e a unidade de saúde, entre a comunidade e o SUS, e realmente o é. Além de serem elos, os agentes entrevistados vêm-se desta forma, sabem que o são, e descrevem-se não só assim, mas também como raiz para o trabalho do sistema de saúde, para a obtenção e resgate das informações necessárias, conforme a fala a seguir:

... tu chega pra nós, por exemplo, tá bem né... CadSUS, Cadúnico, Hiperdia, enfim, tudo... isso acaba passando por agente de saúde, porquê? Porque não tem ninguém melhor que conheça a comunidade como a gente, né. Não existe assim... não existe. Tu quer um perfil, tu quer saber alguma coisa

da comunidade... é pra nós, né, porque a gente tá ali no dia-a-dia. Eu sempre digo assim, tem várias privacidades das pessoas né; você senta na mesa, você vê o ambiente, então não tem ninguém que conheça melhor a comunidade do que o agente de saúde né. Não tem assim (ACS 1).

...porque a gente é quem resgata, entendeu, quem vai a fundo, né, na casa, na... entendeu? Quando tu quer saber alguma coisa, o agente de saúde que... ah, quer dados de... poços artesianos, quer dados de... quantos fazem vacina... quem é que sabe mais? Quem é que, entendeu? ... Tu chega numa casa, tu ouve o problema de um, problema de outro, às vezes tu não quer ouvir, mas tu tá ali porque é o teu emprego e, por causa que... a gente que tá ali há mais tempo tá se dedicando e gosta daquilo ali. Entendeu? ... porque nós somos a raiz, entendeu? Não é, um dia eu posso ser qualquer uma outra especialidade, porque a minha pretensão é sempre melhorar né, eu estudei e continuo estudando, mas eu sempre vou ver que o agente de saúde é a raiz. É ele que sabe, é ele que identifica, é ele que faz o diagnóstico, é ele que tá lá perguntando se a pessoa tá indo consultar, até sabe? (ACS 2)

Entretanto, por ser essa pessoa que conhece profundamente a realidade social da comunidade na qual vive e trabalha, o agente de saúde se torna, também, como já mencionado anteriormente, uma referência para sua microárea. Afinal, ao ACS cabe a execução de mapeamento, diagnóstico, cadastramentos em diversos programas de saúde (e informalmente, de programas sociais e assistenciais) e participação nas entidades da comunidade. Além disso, o ACS é um funcionário vinculado à prefeitura, ou seja, ao governo municipal. Assim sendo, quando há qualquer tipo de demanda, principalmente em saúde, é a este ator que as famílias recorrem.

As famílias se apegam ao ACS, e passam a depender dele para qualquer tipo de atividade, mesmo aquelas mais simples, como agendar consulta no posto de saúde. Isso torna a comunidade muito acomodada e, de certa forma, dependente do agente. Tal dependência é uma disfunção do trabalho do ACS e faz com que ele se sobrecarregue ainda mais.

5.4.6 O reconhecimento das pessoas

Esta categoria inicial engloba o reconhecimento como uma fonte de prazer. Reconhecimento de quem e de que, poderia se perguntar.

O reconhecimento viria de duas fontes principais, sendo a primeira, os outros profissionais de saúde. Há, dentro do SUS, uma gama de profissionais de saúde atuando juntos, e o ACS é a base para o trabalho deles, enquanto se considerar

essa atuação dentro da estratégia de saúde da família. Ao ACS cabem tarefas de orientar e prevenir e, desta forma, quando outros profissionais de saúde comentam sobre os resultados e a importância do trabalho do agente, acabam por gerar uma situação de prazer para tal ator.

Quando eu vejo assim... que eu... ah... quando alguém faz um comentário a respeito, como o dentista assim, colocou, que depois que a gente começou a ir nas escolas, a conversar mais com as crianças, ele notou uma diminuição nas cáries. Justamente nas crianças aonde... onde tem agente, porque daí... porque é uma coisa assim que tu vai... tu vai falando, parece que não rende, daí quando tu vê que uma outra pessoa percebeu... relaciona isso, isso é uma coisa que dá muito prazer. Ver que teve resultado (ACS 11).

Outra fonte de reconhecimento do trabalho do ACS e, conseqüentemente, geradora de prazer, é a comunidade, entendendo-se comunidade como as famílias e as pessoas da mesma. Para os agentes entrevistados, as pessoas demonstram reconhecimento quando agradecem por algo, quando perguntam e pedem informações, quando os param na rua ou mesmo vão às suas casas para questionar, e quando as pessoas esperam pela visita e os recebem bem.

Em outras palavras, o agente de saúde sente-se e sabe-se parte da vida daquelas pessoas, é lembrado e requisitado por elas, tanto em bons como em maus momentos.

No trabalho? Assim ó, quando eu chego numa casa, e a pessoa tá me esperando. Daí ela diz assim: " ai, tava te esperando", sabe? Quando acontece alguma coisa de bom e eles te ligam ou eles te encontram na rua e dizem. É saber que tu faz parte da vida deles, sabe? Que às vezes tu não faz aquilo que tu pode, mas que eles sempre lembram de ti. Não é só na hora que ficam doente, mas também nas horas que eles tem alguma alegria, alguma coisa. E assim ó, a gente se sente importante, ahn... que nem na minha comunidade, qualquer problema na minha comunidade, eu sou sempre comunicada de tudo. Sou sempre... tem uma reunião pra ajudar uma pessoa, eles sempre me convocam, né. Então é sinal que eles... sabem que eu tenho pelo menos boa vontade. Às vezes a gente não fez porque a gente não quer, mas a gente tem boa vontade (ACS 5).

Ainda nesta categoria, em se tratando de reconhecimento por parte das famílias, observar o fato de que seus integrantes escutaram atentamente as informações e aconselhamentos por parte dos agentes e também adotaram as orientações dadas faz com que os ACS sintam-se gratificados, sintam-se bem, especialmente ao constatarem os resultados que advêm de seus esforços, mesmo que sejam pequenos, conforme se pode observar nos relatos a seguir:

Sabe? Isso a gente nem comenta com os colegas, mas a gente ajuda às vezes assim as pessoas da comunidade em outros papéis, na parte social... às vezes eu ajudo, né? Porque na minha casa eles ajudam e... fazendo assim a gente vai tendo uma comunidade mais saudável, né. Porque o que importa pra nós assim, é quando nós começamos um trabalho com uma pessoa no caso assim, com uma hipertensão, ahn... com uma pressão, 18X12, e hoje... a paciente, ela tá 12X8. Tu entendeu? Aquela mãe que tava grávida, que nem sabia o que é pré-natal e que eu fui lá e conversei e ela veio fazer pré-natal, e o bebê nasceu saudável; aquela mãe que eu cheguei lá depois que o bebê nasceu e que não queria amamentar, e com um pouquinho de informação e orientação, e amizade, o carinho, aquela mãe resolveu amamentar o bebezinho que às vezes ela nem tava com vontade de amamentar. Então, acho que é isso que a... isso é... claro, né (ACS 1).

Até a orientação às vezes. Tu vê. Tu vê assim, claramente, a família que tu orienta em determinado assunto e tu vê que ela segue aquilo ali que tu falou sabe? até em matéria de limpeza, de higiene corporal, de... sabe, porque tem muitos que tu bate, bate, bate, e não adianta. Não muda nada, não resolve nada. Aí tu vai lá naquele né, tipo, tem um caso lá de uma família... posso falar? **Pode.** No caso, uma família que a mãe abandonou né, o marido e os três filhos. Então, eu fui... assim, esses tempo eu fui lá e notei que a casa tava daquele jeito, daí eu disse “ó, fulano, tu tem limpar a casa, deixar tudo ajeitadinho, limpar... a roupa das criança manter limpa, essa coisa de alimentação também” ... daí orientei. Na outra semana já fui lá, já tinha mudado sabe? tava bem mais ajeitado, bem mais limpo. Então, são coisa assim que tu vê que, que resolve. Eles te escutam (ACS 10).

5.4.7 Ser útil e poder ajudar

Nesta categoria inicial, mais uma vez manifesta-se o chamado “pendor solidário”, adicionado à sensação de utilidade, como fatores de geração de prazer no trabalho.

Saber, poder e conseguir ajudar, além de sentir-se útil, são fatos que trazem ao ACS sensações de satisfação, gratificação pelo trabalho e de vitória.

A chamada ajuda ou utilidade é realizada cotidianamente, de várias maneiras, a saber, como uma conversa simples, ou como uma conversa com a intenção de fornecer orientações em saúde, por perceber melhoria na qualidade de vida das pessoas e famílias (redução de pressão arterial, de glicemia, ...), por conseguir resolver algum problema ou dificuldade que surge para alguém da microárea, por conseguir marcar um atendimento mais difícil, dentre tantas outras situações. São várias as formas de auxílio e, em geral, são simples, mas que geram boas sensações aos agentes e aos que eles atendem.

É saber que tu é útil de alguma forma. Né? Tu é útil porque às vezes tu chega numa casa, tu vai fazer uma visita, e daí se tu vai ver carteira de vacina, as mães dizem assim “ah, Marisa, se não fosse tu vim aqui me avisar, eu tinha esquecido as vacinas, eu nem me lembrava mais”. Né, ou

quando tu chega assim que tu pode ajudar de alguma forma né. Encaminhar pro posto de saúde, que possa... quando estiver passando uma situação ruim eles te chamam, pra ver sobre perguntas. Então de alguma forma tu é importante ali naquela microárea, praquela família, até mesmo pra alguns... né. Tu é importante. Então isso dá satisfação, tu poder ajudar de alguma forma né (ACS 3).

O que me dá prazer? Ai, eu acho assim que quando eu consigo ajudar alguém, né, de uma certa maneira. Assim, até quando tu... tu pega uma receita de uma pessoa, vamos dar um exemplo assim né, tu vai na casa, a pessoa tá com uma receita lá, “ah Ciclana, eu fui lá no médico agora, vou ter que fazer um chá da receita, porque eu não tenho dinheiro pra comprar”, e realmente tu vê que é uma pessoa carente. Daí eu pego essa receita e venho até o posto. Aí se eu consigo, aquilo ali pra mim é uma vitória, né. Porque já... de uma... o pouco que eu ajudo, mas eu sei que eu to ajudando, que eu to conseguindo. Ou então, marcar uma consulta difícil, uma coisa assim, é uma das... né (ACS 10).

É interessante observar que, conforme o depoimento do ACS 10, essa percepção de utilidade e o ajudar as pessoas às vezes saem dos limites e do papel formais do agente de saúde, remetendo-nos à categoria inicial “papel e limites”, quando os ACS declararam ter dificuldade de atuar dentro dos parâmetros estabelecidos.

5.4.8 As crianças

Esta categoria inicial diz respeito à influência que as crianças têm sobre o prazer dos agentes comunitários de saúde em seu trabalho.

Os agentes de saúde têm como algumas prioridades as gestantes e crianças de zero a cinco anos, devendo realizar um acompanhamento mais intenso junto a tais pessoas. Este acompanhamento mais estreito cria um vínculo forte entre o agente e os pequenos das famílias. Afinal, o ACS está envolvido no processo de desenvolvimento deles desde praticamente sua concepção, passando pela fase pré-natal, de amamentação, de acompanhamento de vacinas, pesagem, etc.

Há agentes que, inclusive, e fora de seus limites, levam as crianças às unidades de saúde para serem vacinadas, atividade esta que seria de responsabilidade dos pais ou adulto que responda pela criança.

Assim sendo, a criança tem um grande peso na concepção de prazer no trabalho do agente de saúde, seja no seu acompanhamento e na visão de seu desenvolvimento, seja no simples gesto de vir, espontaneamente, receber o ACS quando ele chega para realizar a visita domiciliar.

Mas, aquela coisa simples assim, ahn, das crianças vim me encontrar. Isso é extremamente gratificante, quando eu to chegando assim na casa, e a criança da casa vem. É um gesto simples né, mas pra mim já é... (ACS 11)

Criança. Criança. Tu vê nascer a criança. Tu acompanha a gestação da mãe e tu vê nascer a criança. Tu acompanha, depois ver a criança quando... fazer nosso trabalho. Eu tenho um caso aqui que eu vi. Eu acompanhei a gestação deles, no início quando engravidou até ganhar no parto deles também. Todo o desenvolvimento de fala, caminhar, e comer, tudo que acontece na parte... é vacina que faz, é exame, tudo assim... eu tenho sessenta crianças de zero a cinco anos (ACS 13).

5.4.9 Injustiças e desigualdades

A categoria inicial “injustiças e desigualdades” diz respeito às diferenças que são feitas pelas pessoas que atendem os usuários do sistema de saúde, e que são percebidas pelos agentes.

Ora, do agente de saúde sempre é cobrada uma visão integral de sua comunidade e respectivas famílias e integrantes, bem como uma atuação com base no princípio da equidade. Assim sendo, para tal categoria de profissionais de saúde, todos são iguais e merecem o devido atendimento conforme a especificidade de suas necessidades. No entanto, os ACS têm percebido que nem todos os demais atores do sistema de saúde agem em conformidade a tal preceito.

Essa realidade, que se torna uma carga de sofrimento, é representada pelos privilégios concedidos a alguns em detrimento de outros, pelos favorecimentos e pela falta de vontade e de empenho em determinadas situações, como se pode observar nos relatos a seguir:

Eu acho que um pouco de injustiça, assim, que de repente, assim, ah, de repente dá um privilégio pra um ou pra outro, e até mesmo que a gente sabe, ahn... esse mundo do jeito que é: ‘Ai, eu vou favorecer a essa, porque não sei que...’, entendeu, porque eu sou muito justa, sabe? Eu sou dos fracos e oprimidos, entendeu, defensora dos fracos e oprimidos. Então, eu acho assim, me deixam triste aquelas coisas quando não consegue, quando não... quando não acontece, quando não vai. Falta de vontade, sabe? Preguiça, me deixa muito irada, muito triste, assim sabe? Até eu penso assim, ó, que tu pode fazer sabe, a pessoa... se eu quiser uma coisa assim, entendeu? Porque se de repente assim, a... “porque é a minha irmã, eu fiz força até o 100”, entendeu? “ah, porque não é, então eu fiz só até o 60”, entendeu? Não! Tu tá ali, eu to ali, sabe? Injustiça me deixa bem... bem triste (ACS 2).

Ahn... o que me faz sofrer, às vezes eu vejo... injustiças... **O que que tu considera injustiças, que tu tava falando antes?** Assim ó, ahn... querendo ou não, sempre tem pessoas que são privilegiadas. Então, que

que eu acho injustiça? Às vezes uma pessoa que tem como ir a Torres, tem como comprar remédio, que tem como... e sempre ganha. E às vezes, sabe aquela pessoa que tem, mas ela sempre dá um jeito, e às vezes... a única vez que ela precisa... ou às vezes não é dado, ou às vezes, ahn, não é... como é que eu vou te dizer? Não é dada atenção igual a todos. Tudo isso se chama injustiça, que eu acho (ACS 5).

É a injustiça. Injustiça assim, em geral, porque... ahn... às vezes tu acha assim que a pessoa vai lá e vai conseguir, aí chega lá, e a pessoa não é tratada da mesma forma se tu levasse a pessoa até lá, entendeu? Tu é mais aceito do que as próprias pessoas da comunidade. Então tem sempre assim... que tu tá levando, ou que tu tá levando problema pro PSF, por exemplo, pra tua chefe e dizer, "ó, fulano de tal tá com outro problema". As pessoas não conseguem se comunicar que nem a gente consegue. É... é difícil... não é fácil! (ACS 6)

5.4.10 Os problemas e a falta de apoio

Esta categoria inicial tem uma amplitude bastante grande. Ela referencia os problemas da comunidade e a falta de apoio do governo e de outros setores e esferas da sociedade para a resolução dos mesmos.

Como os ACS têm uma visão do todo de sua comunidade, eles conseguem perceber que a saúde de seus integrantes está além da mera ausência de doenças. Eles percebem problemas determinantes das condições de saúde e de qualidade de vida da população, como a pobreza, a carência, o desemprego, o subemprego, a fome, a dependência de drogas – legalizadas ou não, mas principalmente as ilegais. Em suma, os agentes de saúde percebem claramente a falta de perspectivas (em especial para crianças e adolescentes). Além de perceberem estas formas de exclusão social, os agentes observam e questionam a falta de projetos e de atividades que possam incluir mais e melhor as pessoas de suas comunidades.

É o que eu já falei né, bem no início eu disse que é muito difícil tu ver assim..., porque aqui, a gente vê que não existe projetos, não existe nada pra salvar essas crianças, esses adolescente. Não tem. O único projeto que nós temos aqui, eu sei que existe, é o Semente Viva, que atende poucas crianças, assim, eu acho que já tão curadas já. Não fica dentro dos bairros. Então quando tu liga a televisão e tu vê nas outras cidades, assim Porto Alegre, Rio de Janeiro, em todas assim, aqueles projetos ficam dentro do bairro, pra ajudar aqueles adolescente, incluindo na vida deles música, esporte, tudo quanto é forma de... pra... eles trabalham com a vida, e em Torres não existe isso. Não existe um projeto, uma pessoa, uma entidade que queira assim, comprar essa briga. Nós vamos pra dentro do Bairro Guarita, vamos pra dentro do Bairro São Jorge e vamos tentar tirar essas crianças da pedra, porque eles tão cheirando crack, eles tão..., então eles tão... assim ó, eles tão terminando com a vida deles né, e tu vê isso diariamente. Então isso é uma parte muito difícil. Tu não conseguir fazer isso, a gente não consegue assim, de forma alguma, que... ninguém, ninguém apóia. Todo mundo, se faz algum projeto, é fora. Se faz alguma

coisa, é sempre fora. Não existe aquela coisa de ir pra dentro da comunidade. Então isso é difícil (ACS 3).

Ai, a pobreza, a carência. Tem muito. A fome. Pessoas assim, ó, que tu vai, entra, quer resolver, e tu não consegue. Eu já tive várias casas assim ó, que a mãe me fala assim que tá sentindo assim “ah, não tem comida”, daí tu tem vontade de resolver, já assim “ah, vou lá, tentar ligar pra assistente social, ver se eu consigo uma cesta básica”. Mas assim, não é imediato, é demorado. É como eu te falei, a gente não consegue resolver o problema na hora, tudo depende do... de outro órgão. Então, o que mais me deixa triste é ver, entrar numa casa, e ver assim as crianças que tão precisando de um médico, e às vezes não conseguem nem trazer no posto porque não tem dinheiro pra passagem... e também assim a fome, o desemprego, tem bastante... e assim, na minha área a maioria do pessoal trabalha no lixão, ganha muito pouco. Tem muita gente que trabalha na reciclagem de lixo e ganha pouquíssimo mesmo. Mal dá pra se alimentar. E às vezes, assim, às vezes eu tenho, eu tenho alimento em casa. Eu vejo, a gente vê... que tem pouca coisa pras crianças comerem. Frutas, coisas assim necessárias sabe? Isso me deixa triste. **E esses órgãos que tu acaba tendo que procurar, eles dão suporte?** Muito pouco. Pouquíssimo. Quer ver a assistência social agora, eles implantaram assim um... não sei se é projeto, é... é uma uma forma de o pessoal que ganha colaborar. Eles, parece que tem um, uma... um dia de trabalho pra ganhar uma cesta básica. Então é o que eu falo pro pessoal da minha área: “vai lá, te inscreve, eles tão dando uma cesta básica na assistência, mas tu tem que trabalhar, não sei se é um dia, ou um mês, dois”. Só que assim ó, todo mundo que precisava assim, que chegou lá, não era, não podia, porque já tinha muita gente inscrita, eu sei que ela voltou e não conseguiu nada. E é uma pessoa que precisa. Então assim ó, eu acho assim que não ta tendo sabe, que nós... nós não temos acesso também lá dentro, pra saber como é que funciona. Eles nunca vem aqui assim, dar informações pra nós. Eu acho que o agente tem direito de saber como é que funciona pra gente poder passar pro pessoal (ACS 4).

Neste ponto, os próprios agentes apontam que os poucos projetos existentes no município não alcançam os bairros, desconhecem a sua realidade, não vão de encontro às comunidades. Isso é observado tanto pelo fato de não haver atividades de inclusão dentro dos bairros de maior risco, mas apenas nos centrais, bem como pelo fato de os agentes não terem acesso às informações de que há determinado projeto por iniciar ou em andamento, para que possam comunicar e mesmo cadastrar os membros de suas comunidades.

Além disso, os agentes questionam e são contundentes ao dizer que não há apoio das outras entidades e esferas, sejam elas públicas ou privadas, para incluir socialmente essas pessoas e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida e sua saúde.

Tal situação, embora esteja na realidade do trabalho do agente de saúde, está além da sua capacidade de resolução de problemas, o que lhes causa um

sentimento de impotência, em saber que se poderia ter feito mais, mas não o foi. Em uma palavra, sofrimento.

5.4.11 A angústia pela não mudança

Esta categoria inicial trata da mentalidade e das atitudes das pessoas com as quais os agentes de saúde convivem diariamente, ou seja, os usuários do sistema de saúde. Se (conforme a categoria inicial “o reconhecimento das pessoas”) pode-se obter prazer quando se percebe que as pessoas seguem as orientações fornecidas pelo ACS e obtém resultados positivos disso, o seu contrário também pode gerar sofrimento.

Há situações nas quais as pessoas decidem não adotar as orientações do agente de saúde, seja qual for o motivo para tal atitude, mas ele deve continuar a fornecer as mesmas informações, a cada visita, e estas seguem sem surtir efeito. São os chamados “casos perdidos”, que, nas falas dos agentes entrevistados, não mudam, não se ajudam:

... tu vê muito ele aparecer assim na questão das vacinas em dia né, que a gente tá conseguindo colocar em dia... a gente passa numa rua assim, um chama, outro chama, então aquilo ali é gratificante pra gente saber que a gente é útil de alguma forma. Mas tem coisas assim, faz cinco anos que eu to aqui, em cinco anos acontecem, e tu não consegue fazer nada pra mudar aquilo ali. Sempre as mesmas né? Então tu... uma vez eu tava conversando com a psicóloga e cheguei à conclusão... ela me falou... eu tava com uma situação muito difícil com uma família, e ela disse pra mim: Beltrana, tem coisas, tu tem que botar na tua cabeça que tem coisas que não muda, não tem como mudar, porque a pessoa não quer mudar, ela não tem que mudar. Então isso me consola às vezes. Quando eu vejo assim que não tem jeito, faz cinco anos que eu to aqui, e aquela mãe que eu tive mostrando a mesma coisa, então eu vejo que, realmente, tem coisas que não tem como tu mudar. Então... e daí isso te dá mais um alento assim, mais um... mas é difícil (ACS 3).

Ah, o que me incomoda são aquelas famílias assim que tu vai, que tu fala, fala e fala e fala, e não resolve. Não adianta. Porque tem uma meia dúzia ali que tu sabe, ali é... tu diz é caso perdido, porque tu vai, todos mês, tu fala a mesma coisa, tu bate na mesma coisa e a pessoa não muda, não se ajuda, não... é difícil (ACS 10).

No entanto, esta não-mudança pode tanto causar um “desligamento” do ACS em relação àquela determinada família ou pessoa, quanto causar um sentimento de angústia, de impotência e de incompetência, especialmente se acontecer algum tipo de problema decorrente da não-adoção das orientações, conforme as falas a seguir:

Uma coisa bem chata que aconteceu, foi essa semana, é que eu fui visitar uma senhora, passei pela frente da casa dela, pra avisar ela que ela tinha grupo de diabéticos, ela me chamou “Beltrana, vem cá!”, daí eu entrei, e

cheguei lá, ela tava cega. Ela disse “Beltrana eu to cega, não to enxergando nada”. Aquilo me arrasou! Sabe, isso foi essa semana passada agora, sabe? Por causa da diabete, porque ela não tomou a medicação, a gente insistindo, a gente..., daí a gente orienta quanto à medicação, orienta quanto à alimentação, e daí é onde tu vê, que parece que o teu trabalho falhou. Porque, de... o nosso trabalho é prevenção, e o meu trabalho é pra evitar que ela ficasse cega, que ela tomasse a medicação pra que aquilo ali não viesse ao extremo. Mas la não se conscientizou daquilo ali. Quando ela se conscientizou, aí era tarde demais. Daí hoje eu tive que pegar, tive que pedir o carro emprestado, pra ir buscar ela, pra fazer o HGT, tudo. Eu segurando ela pela mão, porque não tem familiar. O familiar já tinha saído... Então quer dizer, automaticamente esse paciente, ele se tornou mais dependente ainda né? Em vez dele ver “ah, eu tenho uma doença e eu posso me tratar, eu posso me cuidar”, ele não se interessou assim. E daí, ficou mais dependente do PSF ainda. Então isso é uma coisa que me arrasou muito. Muito mesmo. Fiquei bem triste, assim, por essa senhora ter chegado a esse... a esse extremo assim, sabe, dela não se conscientizar que ela podia ter mudado antes. Era só tomar medicação, tudo, controlar ali né. Então tem coisas assim que a gente não... (ACS 3)

Assim... uma coisa que me angustia bastante, que a gente fez aquele curso de aleitamento materno no hospital, foi muito bom aquele curso. Daí a gente tenta passar pras mães né, a importância do aleitamento, os cuidados com a limpeza, insiste pra que a criança pegue o peito, aquela coisarada. E daí uma coisa que me irrita é que geralmente elas ganham bebê, guria, e são poucas as que conseguem dar o mamá. Mesmo que tu fique em cima, se tu for, eu sei que nasce um na minha área, eu faço visita assim ó, às vezes até duas vezes por semana, sabe, quando elas vem pra casa. E daí a gente orienta, orienta, orienta. Aí tu chega lá, na outra semana, na terceira, quarta semana, elas já tão tirando o mamá deles. Daí isso me angustia bastante. Porque daí eu vejo que eu não... não consegui... fazer o trabalho como devia ser feito, sabe? isso me incomoda bastante (ACS 10).

5.4.12 Desvalorização e discriminação profissional

Esta categoria inicial revela que alguns agentes sentem-se desvalorizados e discriminados pelos demais trabalhadores de saúde e por gestores, e um dos motivos para tanto seria o nível de formação do ACS.

Para a seleção do ACS é solicitado aos candidatos que os mesmos saibam ler e escrever. Alguns municípios tem requisitado o nível fundamental, de forma a tentar garantir um nível de formação mais alto e, conseqüentemente, mais qualificado. No município de Torres, a maior parte dos agentes participantes da pesquisa (76,92%) tem, pelo menos, o ensino médio completo.

Entretanto, a maior parte das profissões de saúde exige nível superior de formação, e dentre elas, as mais valorizadas e mais freqüentes nas equipes de saúde da família são as de médico e enfermeiro.

Mesmo tendo consciência da importância de seu trabalho para a estratégia de saúde da família como base para a atuação dos outros profissionais de saúde, os ACs percebem-se discriminados pelos demais colegas, e tal situação torna-se fonte de sofrimento, mas também de sugestões e de questionamento para melhor desenvolver a atuação das equipes.

Ahn... eu acho que trabalho em equipe tem que ser mais trabalhado, por todos os profissionais. Eu acho que tem que assim ó, tem que ser dado importância pra todas as pessoas iguais. O agente de saúde não tem que ser menos importante do que o médico porque ele é médico, ou da enfermeira porque ela é enfermeira. Não adianta ter um médico e uma enfermeira se o agente de saúde não for bom. Se ele for lá naquela casa identificar o problema e ficar só pra ele não vai adiantar nada (ACS 5).

Eu acho que me faz mal quando a pessoa é mal valorizada pelo que ela tá fazendo. Assim, uma... uma discriminação por... até por nível assim, sabe, de profissão. Tu é agente, daí tu é menos que enfermeira e médico. Eu não acho, eu acho que cada um tá fazendo a sua parte, e na sua função cada um é tão importante quanto o outro. Isso me incomoda (ACS 8).

A desvalorização dos agentes de saúde também é percebida por eles através de coisas mais objetivas, tais como o salário (que poderia ser melhor), a falta de uniformes e a cessão de materiais de trabalho, conforme o que segue:

É, a parte da valorização da gente assim ó. Ahn, material, por exemplo. A gente até assim, eu até comentei aqui no posto, de repente até uma caneta, alguma coisa assim, alguma pasta, já é um incentivo pra gente trabalhar. Então tudo tu tem que conseguir investir assim, é... é bolsa, é lápis, é caneta, todos os materiais, é uniforme assim, eles não valorizam, eles dão acho que uma vez ou outra. Esse ano nós não ganhamos ainda. Então eu acho assim, que deveria ser valorizado o lado assim, de sentido, de repente nesse sentido, e... mais assim... livros de orientação, ou assim, nós temos as nossas reuniões aqui, mas a gente vê que é sempre a mesma coisa, sabe? Não tem assim, um, uma assim, uma parte de conhecimento, uma coisa diferente. Acho que deveria ter (ACS 4).

É aquilo que eu te falei, assim, deles valorizar a gente, de... ser um elo... valorização... salário, ou aumentar um pouco... uniforme... material né, que falta, tem... às vezes tem alguma coisa, às vezes falta (ACS 9).

Que valorizem mais a gente, porque daí... **que tipo de coisa?** Sei lá assim... não só na questão de salário, né, porque tu... quanto... tu viu aí, o salário da gente é pouco, mas assim... sei lá, valorizar mesmo... A gente não tem nem uniforme, não sei se tu sabe, se tu viu... né, então a gente mesmo tá se organizando pra... não sei se tu viu, a gente... não sei se as gurias te disseram, a gente tá se organizando aqui e vai mandar fazer um uniforme pra nós, pra gente não ficar diferente uma da outra. Sei lá, eu acho que salário... é que quando eles chegam aqui eles não falam com a gente, eles falam com a enfermeira. O pessoal, né, mais de cima, vem falar com a enfermeira. Depois a enfermeira vem, passa pra gente a informação. Quer dizer que a gente não tá assim com... acho que eu voltei atrás naquela primeira pergunta que tu fez. **Não tem problema.** Sei lá, eles não chegam na gente, não ligam "ah, tu veja isso pra mim, ah, tu vê aquilo pra mim". Parece que tem que passar por uma outra pessoa, pra depois essa outra pessoa vim na gente. Parece que a gente não... não vai saber fazer aquilo

direito, se eles vim falar direto com a gente. Acho que é isso, mais ou menos (ACS 9).

E, ainda, em um caráter mais subjetivo, os agentes percebem que há, por parte dos gestores, um discurso que os trata como parte muito importante do sistema de saúde, mas que isso não passa de discurso, pois falta o apoio às suas demandas e necessidades de trabalho; falta apoio às ações e projetos; falta integração entre as áreas e setores, condições indispensáveis para se obter bons resultados em saúde das populações:

Ah, eu acho assim, uma coisa que a gente ouve bastante, é eles dizer, até nessa mostra que nós tivemos lá em Tramandaí, eles, o que eles dizem é assim, ó, “o agente comunitário de saúde, ele é muito importante”. Ele é importante, ele, ele... eles colocam a gente assim ó, ahn, num grau, sabe, eles levantam a moral da gente, tudo, a gente é importante pra eles, mas a gente con... acha que a gente é importante só, que pra eles, o importante é números. É só visita, é só quantidade de gestante, quantidade de preventivo. A gente sabe que isso é importante, mas é... a gente sente, eu pelo menos sinto, que essa parte de dizer que a gente é importante pra eles, é só um blábláblá. Porque quando é pra mostrar isso em ações, a secretaria da saúde não mostra, a secretaria de Estado também não mostra, porque tem a questão dos uniforme, tem a questão dos nossos projetos, que a gente fez um monte de projeto e nenhum saiu do papel... a gente não consegue colocar isso em prática, porque a gente não tem verba, a gente não tem um dinheiro pra fazer NADA. A gente quer limpar uma rua, a gente não tem dinheiro, a gente quer... depende da secretaria de obras, a obras não vem. Então é bem difícil trabalhar numa condição assim né? E eu acho assim que, em vez de eles ficar dizendo que nós somos importante, que sem o agente de saúde, o PSF não funciona, ou eles não tem dados... justamente isso!!! Porque eles não tem nada mesmo se não for o agente de saúde. Porque o que eles precisam é só de números, eles não precisam de mais nada. Então eu fico bem chateada com isso, sabe? Porque em tudo quanto é reunião que a gente vai é só o eu eles sabem dizer. “Ah, não, porque o agente de saúde” É MUITO IMPORTANTE! Não sei se tu tava nesse de Tramandaí agora, que a gente foi nessa mostra. O secretário de saúde do Estado, né, ele tava..., foi o que ele mais falou: “o agente de saúde é importante, é isso, é aquilo”, mas quando é pra mostrar, quando é pra... eles não apóiam a gente em nada. A gente não tem pra onde recorrer, sabe? Tu não tem pra onde recorrer, quando tu precisa de alguma coisa assim, tu vê lá dentro da comunidade assim, tu não tem pra onde correr. Não tem ninguém que te apóie. Se tu vai na família, e a família tá passando fome, a única coisa que eles dizem assim: assistência social. Tu vai na assistência social, a assistência social diz assim, “ah, a família tem que trabalhar”. Se a família não pode trabalhar, pronto, morreu ali e acabou, e a família continua passando fome. Então tu não tem... isso aí, tu não tem assim... um apoio (ACS 3).

Um outro motivo de discriminação e desvalorização apontado pelos agentes pode ser, também, o de desconhecimento dos trabalhadores de saúde sobre o papel dos ACS, de suas atividades e de sua relevância para o sistema de saúde. Quem não conhece o trabalho do colega não tem como avaliá-lo, e isso parte do colega da sala ao lado até os níveis de gestão, conforme a fala abaixo:

E assim ó, a pessoa que assume a secretaria da saúde, seja a recepção, seja a sala de hipertenso, ela tem que saber o trabalho que o agente de

saúde faz, porque como é que tu vai avaliar o que é importante ou não pra tirar xerox se tu não sabe o que o agente de saúde faz? Tu não sabe pra que ele quer aquele papel. E assim ó, eu acho que eles não sabem a importância que um encaminhamento pra um especialista tem. Às vezes tu deixa de ajudar uma pessoa porque tu não dá importância praquilo, tu acha que aquilo não... não é nada. Então, acho que a primeira coisa que se tem que fazer, tem que conhecer o trabalho da gente, tem que respeitar o agente de saúde. E assim ó, o secretário de saúde, ele tem que ser uma pessoa que goste, que dê apoio pro programa, porque senão várias coisas ficam faltando e não... (ACS 5)

5.4.13 Reclamações injustas e falta de compreensão

Esta categoria inicial trata da percepção que as pessoas da comunidade têm do seu agente de saúde e o tratamento que dão a ele quando não conseguem obter algo que querem ou precisam.

A falta de compreensão das pessoas. Porque assim, tu tenta... acontece alguma coisa que... que eles acham errado, e eles não entendem que eu não posso fazer tudo, que não depende de mim pra fazer das coisas. Eu acho que isso aí é falta de compreensão das pessoas, tipo... elas ser mais calmas, ter mais... calmas, porque saúde, ainda mais SUS, tem que ter. Não é... não depende só de mim. Tem uma hierarquia né. Então é isso, não... (ACS 12)

Várias são as situações que estão além do papel e dos limites de atuação dos ACS. Assim como o agente de saúde tem dificuldade de se manter atuando dentro de seus limites, as pessoas da comunidade, em geral, desconhecem essas fronteiras. Para elas, o seu agente de saúde é uma referência para assuntos em termos de assistência, seja em nível de saúde, seja em nível social. Ao ACS essas pessoas recorrem, não apenas em busca das orientações e das atividades de prevenção, mas também em busca do que lhes facilita a vida, a sua situação de saúde e também a sua subsistência e sobrevivência.

Para essas pessoas, o ACS não é apenas o vizinho que trabalha na equipe de saúde, ele é, também, um representante da secretaria de saúde, um trabalhador do governo municipal e, como tal, pode ser visto como alguém que teria o poder ou influencia de abrir portas e conseguir obter algumas vantagens e benefícios para os seus achegados.

No entanto, o ACS é um trabalhador de saúde sim, e é, com certeza, limitado pelo sistema do qual faz parte, por sua forma de organização, objetivos e pelas regras que deve seguir.

E, quando ocorre de o agente não conseguir agendar uma consulta especializada (porque isso foge à sua alçada); quando não consegue um carro para transportar um paciente; quando não tem medicação na unidade de saúde, a comunidade reclama do agente, se queixa do mesmo aos seus superiores, chega ao ponto de inventar histórias a seu respeito e até mesmo questionar se há real necessidade de ter um ACS, conforme o que pode ser observado a seguir:

Aí depois a pessoa vem e: “ah, porque essa não sei o que, não sei das quantas, papapa, não me foi me visitar”. “Mas bah, não te encontrei na estrada? Não te dei informação? Não te conversei contigo? Tu não foi, entrou na minha casa?” Entendeu, tem uma: “ah, porque não foi me visitar...” “Mas o que é isso, tu não vai entrar dentro da minha casa?, tu não fica me pedindo remédio?, tu não sei o quê?, lá na minha casa, tu não entra lá?”. Entendeu? A pessoa fica quieta sabe? (ACS 2)

E às vezes a comunidade fica chateada pela falta assim, de medicamento... daí isso às vezes chateia, porque tu tá fazendo a tua parte e outra coisa, se não é da tua alçada, acaba sobrando pra ti (ACS 8).

Quando eu vejo alguém reclamando injustamente. Esses dias cheguei em casa assim à noite, e geralmente quem tá em casa é que... né, que ouve. Assim com vontade... de jogar tudo assim ó. Ahn... ahn... faz o quê? Um das duas semanas aconteceu comigo isso. Eu moro assim... quase na divisa onde tem um PSF. Minhas duas divisas tem PSF, né. Então é bem complicado, porque a minha área não tem. Então... o pessoal do PSF, qualquer coisa, vai o enfermeiro, o médico em casa, né, já é mais facilitado. E eu pego duas divisas, então assim, questão de uma estrada. Aí é completamente diferente. Aí eu tive uma vizinha, que pela proximidade, ela foi procurar ajuda no PSF. Só que ela não chegou lá e... Aí o que que elas falam pra ver se conseguem lá, que é melhor? Que a gente não vai na casa. “Ah, eu nem sei onde anda a minha agente de saúde, faz meses que ela não passa ali em casa”. Esse tipo de coisa judia, sabe? (ACS 11)

5.4.14 A morte

Esta categoria inicial, denominada “a morte” reflete mais um problema que o agente comunitário de saúde enfrenta, mas que está além de sua capacidade resolutiva.

Verdade definitiva, ela traz grande sofrimento ao ACS, uma vez que ele está integrado com os membros das famílias de sua microárea.

A morte e as doenças terminais fazem parte do trabalho do ACS e marcam profundamente os mesmos, conforme se pode observar a seguir:

Ah, o que me faz sofrer no trabalho, assim... é assim às vezes quando eu não posso resolver aquele problema, não tá... não tá ao meu alcance... aqui quando... a gente tem aqueles casos assim ahn... bem críticos de doentes. Às vezes chega uma situação de câncer terminal, vamos supor assim né, e você ajuda, você... casos mais assim, tu tá impotente. Tem dias assim, como se fala né, tu chega em casa, eu tomo meu banhinho, me enrolo, vou

pro meu quarto e eu choro muito, né. Eu choro assim, porque eu queria ajudar e, e depois o paciente vem a falecer, e isso assim é o que me dói mais, nesse sentido é (ACS 1).

Entretanto, mesmo nesses momentos de dor extrema, o ACS é procurado pelas famílias, podendo-se dizer que isso se deve à busca por alguém que as conforte e que conheça sua intimidade e, também, como uma forma, embora triste, de reconhecimento de sua importância para aquele núcleo familiar e para aquela situação crítica, como se pode observar no caso a seguir:

A outra história que eu acho que me marcou foi quando eu acompanhava um senhor que tava assim com problema... ele devia ter uns sessenta e seis anos, por aí. Era assim um problema, ahn, como é que era o nome do problema que ele tinha, a doença... eu não lembro o nome da doença dele, só que ele ficava direto na cama. Ele era cuidado pela filha dele, e eu acompanhava. Toda semana eu ia lá, nós fazia curativo, porque ele já tava cheio de eczemas, cheio de feridas assim no corpo, e as enfermeiras ajudavam ele. Então assim, eu dava muito incentivo pra filha dele, que a filha dele tava muito depressiva já, com o estado do pai, entendeu? O pai na cama, não poder fazer nada por ele, porque ele já tava assim em estado terminal. Daí no dia que ele faleceu, foi à noite, e ela me ligou. Eu me senti muito valorizada porque ela assim... senti que ela, de tanto a gente ajudar, de ta lá participando da vida do pai dela, ela me chamou, me pediu ajuda até, pra ir lá, confortar. Eu achei aquilo muito importante assim, de repente essa... é... lembrar do agente na hora assim difícil né. De repente ela lembrou porque valorizou o nosso trabalho né? Acho que era isso (ACS 4).

5.4.15 A organização do PACS e do PSF

Esta categoria inicial refere-se às percepções que os agentes de saúde têm da organização de suas equipes de trabalho.

Cabe destacar que há, no município em questão, cinco equipes do Programa de Saúde da Família – PSF – e uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Assim sendo, é preciso relembrar que PACS e PSF diferem entre si em relação à estrutura de cada um.

As equipes de PSF possuem uma unidade de saúde (posto de saúde) para atendimento básico em saúde, e compõe-se de quatro a seis ACS e, pelo menos um médico, um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem, sendo esses, preferencialmente, profissionais com formação em saúde de família ou saúde comunitária. A equipe e a unidade de saúde servem de retaguarda para o trabalho do agente, recebendo grande parte dos pacientes que precisam de atendimento.

Por outro lado, a equipe do PACS compõe-se dos agentes e de uma enfermeira supervisora, e a unidade de saúde de retaguarda é o Posto de Saúde

Central, com atenção em nível básico e em algumas especialidades, além do pronto socorro do hospital da cidade.

As unidades de saúde da família localizam-se dentro ou perto das microáreas atendidas, e fazem parte do cotidiano das pessoas que lá vivem, como a igreja ou um clube de mães. O mesmo não ocorre com o Posto de Saúde Central, que é muito mais formal e frio. Assim sendo, há um vínculo afetivo maior entre as comunidades e as equipes de PSF do que entre as comunidades e o Posto Central.

Há que se considerar, ainda, que o município tem cinco equipes de saúde da família, cada uma com profissionais diferentes e que, embora tenham objetivos e metas semelhantes, tem suas peculiaridades.

A partir desta realidade, os agentes de PACS e PSF trouxeram suas percepções sobre a organização de suas equipes.

Mesmo considerando as peculiaridades entre as equipes de PSF, os agentes os consideram bem organizados, com boa estrutura. Tem-se um bom conhecimento da comunidade como um todo, e do que interfere em sua saúde e qualidade de vida, observando-se que a abrangência do trabalho dos PSFs é grande:

Assim, a organização do PSF? Eu acho assim, que, uma das coisas assim, que, como a gente, às vezes escutava, ouvia falar, achava que nunca ia chegar aqui pra nós, o PSF né, e você vê hoje pela alegria das pessoas de ter implantado aqui o PSF. O PSF eu acho que é tudo de bom em termos de saúde, né. Porque você vai, a gente vai nas casas, a enfermeira... a abrangência, assim, em termos de saúde pública, é ótima né. Então assim, eu acho que o que de melhor que a gente tem na saúde hoje em dia é o PSF. Não tem, não tem como, sabe? Tu trabalha em toda a comunidade, a gente vê essa questão também assim de... por exemplo, do projeto XXX. Não é necessário ver porque que a pessoa tá doente. Ah, tem que ver se a água, é água potável, se a água é água de... aqui existe muita ponteira, nascente, como a gente chama né. Então o que que eles resolveram com isso? ... então vamos tentar botar água, né? Entendeu? Então acho assim que nesse contexto assim todo, o PSF assim, acho que, ele é assim, uma... estrutura assim, sabe, ... acho assim que... (ACS 1)

No entanto, observa-se que a enfermeira, enquanto coordenadora da equipe, tem um papel importante e, por vezes, centralizador. Tal papel perante a equipe é abalado pela alta rotatividade das enfermeiras. Há bastante trocas das mesmas em algumas equipes, dando aos ACS uma sensação de constante transição e, portanto, de instabilidade, já que cada nova profissional tem características próprias e faz exigências particulares. Se, por um lado, isso gera sensação de instabilidade, por outro faz com que os agentes de saúde se unam mais para o trabalho e para se defenderem de eventuais desmandos, conforme a fala abaixo:

Ah, a gente tá numa fase de transição né? Sempre troca e entra enfermeira, médico, aquela coisa toda, a gente nunca tem um piso entendeu? A gente nunca tem uma estabilidade. E daí, fica aquela coisa, sabe? Até na última reunião a gente combinou assim ó, olha, pode entrar ou sair qualquer enfermeira, se for pra escrever de azul nessa ficha, a outra enfermeira não vai fazer a gente mudar pra trocar pra preto. Né, a gente combinou que precisaria, a gente chamou até a coordenação e tudo, pra ser registrado em ata que... porque daí tipo assim ó, vem uma enfermeira e diz escreve de azul. Aí eu chego, não, escreve de preto. Aí outra diz escreve de cabeça pra baixo. A outra, escreve de lado. Aí aquilo ali te..., aquela transição de uma pra outra te deixa um pouco. Mas agora, pelo que a gente espera, eles vão ficar aí, principalmente o médico e a enfermeira, e no mais, assim, a gente sempre... sempre quando tem uma lacuna aqui, a gente cobre ali, entendeu, sempre tem... um sistema sempre tem suas falhas, mas a gente procura sempre se organizar e manter (ACS 2).

Já pela visão dos agentes vinculados ao PACS, mesmo que tenham a mesma enfermeira há anos, a organização da equipe é percebida como sendo um tanto mais complicada. Como sua referência é o Posto de Saúde Central, eles devem ir até lá para buscar informações e para procurar por sua supervisora, ao contrário do que ocorre com o agentes dos PSFs, que aguardam e recebem as informações através de suas enfermeiras.

Tipo... às vezes é bem organizado, às vezes não... depende o... sabe, depende o... que tem coisas que vem em cima, então a gente chega... na hora, chega coisa atrasada... tudo depende. Tem épocas assim que tá tudo bem, eu até não tenho muita coisa a reclamar porque... quando atrasa eu posso vim no posto e resolver na hora, então, não tenho muita... mas tem esse problema de chegar uma coisa que já passou... sempre tem... ou de um prazo que tá muito em cima (ACS 12).

Organização? Ah, bem complicado. É bem complicado (ACS 13).

Mas, independente da equipe à qual estejam vinculados, há unanimidade ao se falar de atrasos na chegada de informações, de prazos curtos e das falhas de comunicação entre a secretaria municipal de saúde e os postos de saúde, tópico este a ser novamente abordado na categoria inicial “relacionamento com SMS”.

5.4.16 A organização e o cumprimento das tarefas

Esta categoria inicial diz respeito às tarefas que o ACS tem, bem como a organização das mesmas, para que se possam atingir as metas pré-determinadas.

Cada ACS tem um número definido de famílias a serem acompanhadas por ele, e um percentual delas (60% a 70%, aproximadamente) devem ser visitadas mensalmente. Além disso, os agentes devem participar de grupos formados para o acompanhamento, orientação, controle e avaliação de determinados pacientes de

sua comunidade, a saber, hipertensos, diabéticos e, em algumas microáreas, gestantes.

O ACS tem uma meta diária de oito visitas domiciliares (ou então um trabalho de oito horas diárias), e deve priorizar alguns pacientes, como as gestantes e as crianças de zero a cinco anos.

Alguns agentes de saúde moram em comunidades mais populosas (caso das microáreas localizadas na zona urbana), e outros em microáreas maiores, com menor densidade populacional (caso das praias e comunidades da zona rural). Mas, independentemente da zona de atuação, todos possuem muitas famílias.

Cada ACS sabe qual a meta a ser atingida até o final de cada mês e deve se organizar para tanto. Neste ponto, consegue-se perceber que alguns conseguem planejar seu dia de trabalho com antecedência, e outros não, conforme as falas a seguir:

Eu não saio nunca da minha casa assim, ó, pra que lado que eu vou agora? Ah, acho que eu vou pra direita. Não! Eu vou pra esquerda (ACS 2).

Mas eu faço assim, eu organizo de manhã, porque geralmente a gente tem grupo de manhã. A gente faz o grupo, depois do grupo a gente faz... geralmente a gente faz visitas com a enfermeira, ou com outra, a auxiliar, pra ir nas casas dos mais idoso, que precisa de verificar pressão em casa, ou fazer glicemia, ou quando vai... eu faço assim.. já quando eu volto pra casa já venho fazendo as minhas visitas, e à tarde, daí... à tarde, procuro fazer onde é mais longe daí, porque daí é a pé... então assim ó, de manhã geralmente eu faço as minhas visitas depois do grupo, porque geralmente é na sexta e na segunda e na quarta nós temos grupo. E na quinta a gente tem a nossa reunião aqui. Então assim, as visitas eu procuro fazer assim, depois dos grupos e à tarde (ACS 4).

e... tento organizar da melhor forma possível as crianças, as gestantes, dar prioridade, né, pra essas pessoas. Pra quem tem hipertensão, diabete. E as outras pessoas a gente só visita quando pode né (ACS 6).

Ah, é assim, eu por exemplo assim, se eu for planejar pra fazer visita em oito famílias no dia, tal pessoa, tal pessoa, tal pessoa, eu não consigo fazer. Porque eu to caminhando na rua e to parando. Ou a pessoa não tá em casa, aí eu mudo totalmente as minhas visita. Eu tenho que fazer em outra. E as FAA eu vou preenchendo conforme dá, né, ou deixo pros final de semana (ACS 7).

Além do planejamento das visitas e da participação dos grupos, os agentes devem organizar suas informações, imprescindíveis para o acompanhamento e também para a entrega dos relatórios mensais às suas enfermeiras e, depois, à secretaria de saúde, para que esta encaminhe os dados ao Ministério da Saúde, via sistema de informações específico, o SIAB. Neste ponto, também cabe ao ACS organizar seu material da forma como melhor lhe convir:

Eu acho que é uma coisa que depende muito do agente. Porque as nossas tarefas são dadas, né, a gente sabe as nossas tarefas, só que o cumprimento delas e a parte de organizar, isso vem do agente. Então só de... eu tenho relatórios que eu faço... mensais, daí eu tenho... tenho a minha lista de hipertensos, a minha lista de diabéticos, com medicação, nome da pessoa, quando vai fazer consulta... Mesma coisa pra criança de 0 a 6 anos, que a gente faz o controle de natalidade. Tem o controle de preventivo, controle de pílula. Eu procuro... eu procuro... como eu tenho muitas famílias, eu tenho duzentas famílias, daí eu procuro ter um controle através de relatórios. Tenho tipo planilhas, daí naquele dia, que u tenho as famílias por planilhas, assim, daí eu boto o dia do mês que eu fui lá, e daí eu tenho um controle. Eu conheço todos pelo nome, e alguns eu sei a idade também (ACS 5).

Percebe-se que, ao fazer a sua própria forma de sistematização, há uma certa autonomia para o agente, permitindo-se que o mesmo defina suas prioridades e conheça profundamente as famílias e as pessoas de sua comunidade.

No entanto, os agentes entrevistados são unânimes ao afirmar que as metas existem, mas que elas são inviáveis. Nenhum agente consegue visitar todas as famílias estipuladas no mês e que, às vezes, não conseguem entregar os relatórios no prazo correto, como ilustrado na fala abaixo:

Todas não. É impossível. Tenho 140 famílias, e... é quase inviável assim, porque tu visita muitas vezes seguidas... uma vez por semana tu tem que visitar os hipertensos, os acamados, os que tem que tá sempre visitando né, fazendo verificação de pressão... daí... esses se tornam os mais repetitivos até né, que tu visita. Mas... as outras famílias às vezes ficam pra trás. Porque é muito grupo, muita coisa. É quase inviável pra conseguir fazer todas as visitas, pra todas as famílias (ACS 6).

O não cumprimento das metas pode tanto causar um incômodo pelo dever não cumprido como também leva a priorizações por parte do ACS, como se pode observar nos depoimentos a seguir:

A gente tem que cumprir uma meta de visitas né. Primeiro lugar a gente prioriza isso né, manter sempre a área toda coberta com visitas. E, eu particularmente, eu tenho algumas pessoas que são assim dum nível social melhor, que elas dispensam o trabalho do posto, elas me recebem, mas elas têm atendimento particular, elas vão num ginecologista particular, obstetra... Então, eu tento atender mais quem precisa realmente, daí eu me organizo assim de uma forma, vejo quem precisa mais e eu atendo mais. Embora eu não deixe de visitar os outros, porque eles têm que saber o que que o SUS faz, o que... (ACS 8).

eu tenho uma área que tá em torno de 230 famílias, numa extensão de terra bem grande, né, comparado com as outras áreas, eu acho que em distância assim, eu devo ter umas três áreas. Então eu tenho um pouco de dificuldade às vezes em relação a isso. Por exemplo, conseguir atingir aquele objetivo de ir em todas as casas. No início eu me preocupava muito né, de não conseguir durante um mês ir em 230 casas espalhadas assim. Eu tinha essa preocupação. De objetivo né que... que a gente tem... ahn... tu deve conhecer alguma coisa sobre o nosso trabalho, a gente tem metas né. E às vezes eu não consigo cumprir. As minhas metas, fecha o mês e eu vou ficando... Agora em tempos de chuva então... eu faço isso. Mas eu tento dar prioridade aonde tem criança pequena, né, principalmente quando tu vê

aquelas mães assim, mais descuidadas, né... não cuida da filha... agora elas vão lá, elas acham normal ahn... um, dois meses amamentar, daqui a pouco já não é mais... então eu tento priorizar essas visitas assim né. (ACS 11)

5.4.17 Tempo e espaço de trabalho

Esta categoria inicial refere-se às discrepâncias que ocorrem em relação aos tempos e aos espaços utilizados para que o agente comunitário de saúde desenvolva seu trabalho.

O ACS é ACS vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana. Ele não consegue dissociar sua vida profissional da pessoal, e isso se deve à característica híbrida de seu papel, uma vez que ele é, ao mesmo tempo, membro de uma equipe de saúde e morador da comunidade onde ele atua.

Em relação ao tempo, há dois pontos interessantes a retratar: o primeiro é a flexibilidade de horários e o segundo, a atuação constante, sem folgas. Como o ACS trabalha com metas, existe a possibilidade de se atuar ou oito horas diárias, ou de se fazer oito visitas domiciliares por dia, a seu critério. Esta pequena autonomia lhe possibilita resolver suas próprias necessidades e problemas pessoais, uma vez que ele não está preso a um mecanismo usual de controle, como o cartão-ponto, mas sim às metas. Assim sendo, pode-se encontrar agentes de saúde satisfeitos por poderem levar seus filhos ao médico, enquanto outros estão envolvidos com outras atividades laborais além do trabalho de ACS, como nos relatos a seguir:

Ah, meu horário? O que a gente faz são oito visitas diárias, né. Pode de repente variar, tu pode fazer oito horas diárias. Eu agora ando um pouco dedicada a outras, outras esferas (ACS 2).

...porque ele é um trabalho que, ele é flexível no horário, né. Se tu precisa levar um filho no médico, não tem problema. Às vezes, se não dá essa médica que nós temos aqui, nós temos especialista, a gente vai, não tem problema, a gente paga outro dia. A gente vê como é difícil aí fora, que às vezes... as mãezinhas, elas trabalham de carteira assinada ou uma coisa assim, elas precisam pegar atestado, ou ficar... "ah eu não consigo ir no médico, eu não consigo fazer isso", por causa da dificuldade que elas tem de comunicação com seus patrões, né. E a gente não tem essa dificuldade. Então isso é muito bom (ACS 3).

Assim, ó, eu... como eu to fazendo estágio, eu falei com a enfermeira, assim ó, o meu horário agora é mais reduzido. Eu faço até em sábado pra dar conta, porque eu tenho cento e oitenta horas pra fazer no meu estágio (ACS 4).

Se, por um lado, o agente tem, perante seu empregador, uma flexibilidade de horários, em contrapartida, perante sua comunidade, ele deve estar disponível

constantemente. Não há horários livres, para folgas, férias ou licenças médicas, se alguém da comunidade buscar pelo agente de saúde, conforme o que segue:

Quando é assim... um assunto que é grave, e a pessoa ficou mal de repente, ou eu... ainda não deu um mês que eu passei na casa, mas a pessoa tá precisando... ou eles vão até minha residência, ou eles me ligam, ou eles mandam recado pelo vizinho... daí às vezes eu chego da faculdade, eles me dizem, não, eu vou lá. Geralmente acontece isso quando a pessoa não tem telefone. Daí eu chego em casa, ou eu vou com bicicleta, ou meu pai me leva, ou... daí eu vejo, eu dou um jeito. Mas eu não deixo a pessoa sem atendimento (ACS 5).

Não tem hora e não tem fim de semana (ACS 5).

Esses tempos... semana passada eu tava de folga né, daí tá, eu tava ali lavando roupa, de repente bate na porta, eu vou atender... eu de folga, cãs minhas criança em casa, chegou uma senhora bem mal, bem mal, eu sem o telefone do filho dela, sem nenhum... sabe? Sem saber o que que fazer? Ai... eu desarrumada... tava lavando roupa, ela chega mal lá em casa... aí eu sento ela né, encosto ela, daí ela diz que tá muito mal, tá vomitando, que não consegue comer nada, eu disse, “não, vou ligar pra cá né (pro posto)”, aí eu liguei pra cá, disse “ah, guria, tu... tu não tem um carro aí que possam levar ela pra ir... emergência, que não tem o que eu fazer, ela tá muito mal eu não tenho como eu sair com ela, e eu to com as criança em casa”. Daí ela disse assim... aí ela assim “tu liga pro 190”, daí eu disse “não, eu já pensei em ligar”, aí eu liguei, eles não pegam, né. Eles mandam ir pros postos. Daí liguei pra ela de novo. Diz ela assim pra mim “não deu, eles não vem, decerto eles só vem à noite né, e de repente dá uma coisa nela aqui, que que eu faço, com essas criança em casa? Eu vou levar como ela?” daí ela falou: “peraí que eu vou ligar pro motorista daí ele vem”. Eu disse “é, manda ele porque é sério, né”, aí ele veio, chegou ali em casa, pegou ela e falou que eu tinha que ir junto. Eu assim: “Tchê, como é que eu vou junto?”. Quase nove horas, eu tinha que fazer comida pras criança, sabe? Aí eu disse, “tá, a senhora sabe o número dele?”, que era do... do... do filho dela, o homem não sabia, daí ela disse “não, passa em tal lugar ali ó”, daí ela disse o endereço e tal, falei “que de repente ele tá em casa”, “ta Tchê, não precisa eu lá, leva ela de carro lá, pra ver se ele vai com ela”. Aí ele pegou, foi. Deu tudo certo. O filho dela tava em casa. Ah, mas eu me vi nuns apuro... eles vão, de vez em quando tão lá em casa... pedir, pedir pra ajudar ... (ACS 7)

e as pessoas batem na tua porta? Noite, fim de semana, meio-dia... então tu é 24 horas agente? Quase (risos). Um pouco eu sou mãe, sou esposa, dona de casa (risos), mas aqui não tem como a gente não ficar ligado, porque a gente tá passando na rua, às vezes é sábado de tarde, não tem nada a ver... às vezes no centro a gente tá no mercado e chega alguém: “O médico? Enfermeira? Isso e isso? Isso e aquilo?”. Daí não tem como tu não te... tu não parar e não conversar com aquela pessoa, eu não consigo. Eu dou atenção. Como se eu tivesse trabalhando. Porque se eu tivesse no lugar dela, também queria atenção né (ACS 9).

A busca pelo ACS e por sua ajuda pode se dar na rua, na unidade de saúde, via telefone, ou mesmo na casa do agente. Desta forma, chega-se à questão dos espaços de trabalho desse profissional.

Vários são os lugares para sua atuação: as casas das famílias, onde são feitas as visitas e atendimentos domiciliares; as ruas da comunidade, onde os

agentes são interpelados seguidamente; a unidade de saúde de referência para a comunidade, onde ele se reúne com os demais colegas e com sua supervisão e onde ele busca medicamentos, agenda atendimentos e procura por informações para passá-las adiante; as demais entidades da comunidade, como clubes de mães, igrejas, associações de bairros, ... e, finalmente, a própria casa.

Todo mundo leva trabalho pra casa. Todo mundo. Todo mundo (ACS 13).

A casa do ACS se torna uma extensão de seu trabalho, por três motivos principais: a falta de espaço específico para este profissional nas unidades de saúde, a escolha do turno da noite para fazer o dito “trabalho burocrático”, e a procura da comunidade pelo agente fora do seu horário “formal”.

Observou-se, nos postos de saúde visitados, que não há espaço específico destinado aos agentes de saúde. Alguns ACS até procuram ir à unidade de saúde para elaborarem seus relatórios e efetuarem o preenchimento de documentos diversos, mas, para que possam fazer isso, é preciso que aguardem por uma sala vaga (ou seja, algum dos consultórios, médico, odontológico ou de enfermagem).

Outro aspecto refere-se à escolha que os agentes fazem por utilizar o dia para a comunidade (visitas domiciliares, participação em reuniões de equipe e dos grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes) e as noites para o que eles denominaram “papelada” ou “serviço burocrático”, com o objetivo de cumprimento das metas. Assim sendo, há, na maior parte das casas dos agentes, um espaço determinado para as atividades de planejamento, documentação, revisões e relatos das demais ações cotidianas.

É assim ó, eu faço todas as visitas, daí eu preencho a FAA, e quando eu chego em casa, eu pego e reviso todas, anoto o que ficou pendente que eu tenho que resolver no posto; o que eu tenho que falar com a enfermeira, com o Dr. Milton. Então, a minha... sem ser as visitas, eu gasto de uma a uma hora e meia em casa. Daí eu sento, revejo ficha por ficha, anoto, faço alguma observação no cadastro da família... **tu tem um espaço na tua casa específico pra isso?** Tenho. Eu faço só no meu quarto (ACS 5).

Porque assim, tu sabe... tu tem que fazer oito visitas por dia, só que assim, tem uma visita que às vezes tu leva uma hora e meia né, pra aquele problema ali, e tem outra que é cinco minutos ou ... então tem coisa assim que também... que leva... depende do que for na casa e tu tem que falar com a doutora ou tem que ir atrás de alguma coisa e vai levando dois, três dias, sabe. Então tu tá sempre envolvido naquele... no caso, né, se tu não tem alguma coisa pra fazer tu tá pensando “bah, não posso esquecer disso, eu tenho que fazer aquilo”. Então tu chega em casa e não tem como esquecer. Não é que nem aqui o médico deixa as coisa aqui e vai pra casa. Amanhã ele resolve aqui. Nós não. Eu acho meio... não se é eu que não

consigo desligar do trabalho, mas... sempre tem... toda noite tem quantidade pra fazer (ACS 12).

Esta separação entre dias e noites parece ser uma divisão entre trabalho técnico e trabalho administrativo, em que cada um possui seu próprio tempo e espaço, separados.

Tal escolha por separar os horários deve-se à quantidade de tarefas a cumprir que, segundo os agentes, são tantas, que o tempo do dia é insuficiente, se se quiser atingir as metas de visitas/grupos e ainda elaborar os relatórios, e deve-se também à percepção de que, enquanto se está com as pessoas, deve-se dar atenção exclusiva a elas, não aos papéis envolvidos, conforme as falas:

Toda noite eu pego as minhas FAAs e boto em dia. É como eu te falei, a FAA é a parte burocrática que eu acho assim difícil. Não tem como tu chegar na casa, tu ouvir uma pessoa conversar contigo e tu tá lá escrevendo! Eu não consigo. Eu acho assim, tão anti-ético. Chegar numa casa, ai vou lá, a mulher ta conversando com um problema, um baita problema, às vezes com depressão e tu parece que tu não ta dando atenção pra pessoa, e tu ta ali escrevendo. Eu acho muito chato isso aí. Eu não escrevo. Eu só pego a assinatura e às vezes as pessoas nem gostam de assinar. Eu pego só a assinatura dela, isso é uma parte que eu preciso, pra apresentar depois, no final do mês e em casa eu consigo lembrar de tudo o que eu fiz, aí... relato. Mas em casa eu sento pra isso aí. Além das visitas que tu faz, em casa tu tem que tirar um tempo pra colocar a parte burocrática em dia (ACS 4).

Vira extensão. Com certeza. Não tem... a gente já tentou né. Eu até já tentei, mas é... se tu fizer tudo dentro do horário de trabalho, tu vai ficar na casa da pessoa despencando aquele monte de ficha, porque tem pessoas que aparecem nos teus formulários mais de uma vez. Então tu tem que ajeitar alguma coisa em casa né, porque senão tu vai ficar ali só preenchendo fichinhas na casa da pessoa. Então não tem, eu não consigo (ACS 11).

Além disso, há ainda o fato de que as pessoas procuram o agente em sua casa a qualquer horário que julgarem ser necessário, afinal, ele é, além de vizinho – e às vezes parente – um profissional de saúde.

É interessante observar que essa atuação constante é afetada e afeta o cotidiano da família do agente, seja pela ocupação de espaços da casa, seja nos relacionamentos entre seus integrantes:

Eu tenho um escritório (em casa). Risos!! Rá!! Os meus filhos ficam nervoso. “Mas mãe...”, daí eu digo assim ó: “Isso incomoda vocês?” “Não, mãe, não incomoda, a gente fica preocupado contigo”, porque eu to sempre servida, né? “Não mãe, não incomoda não, a gente fica preocupado contigo, porque a gente te vê tu sempre tão ocupada com o serviço assim.” Eu digo: “Então deixe que eu to bem assim.” Sabe? Então aí eles me aceitam, sabe? (ACS 1)

eles tão toda vida. Vão na minha casa: “ai, não posso tal horário que tu passa lá, eu vou das 7 às 8 lá na tua casa”, sabe? Hoje em dia até o meu

marido: “Ó, tem uma e outra e outra”, ele já tá bem louco de tanta gente, entendeu? E sábado, e domingo, segunda às 7 horas da manhã, sabe? “Ah, diz aí, diz aquilo”. Domingo à noite... (ACS 2)

Como eu te falei né? A minha mesa, ela, eu chego lá, assim, a minha mesa lá em casa!! Ontem eu fui até tarde trabalhando, arrumando, porque daí assim, é a hora em que as menina vão dormir, que eu tenho um pouquinho de paz pra mim sentar, porque é um monte de coisa. Daí a minha mesa, eu deixo um cantinho assim, ó, pra... deixei tudo arrumadinho ali pra elas poder fazer as refeições no outro cantinho da mesa (ACS 3).

Eu acabo fazendo... ahn... durante a noite, ou então, às vezes, no sábado; no domingo de tarde eu ponho, tento por. Quando eu vejo que eu não consigo, que eu não consegui levar a semana assim, todos os dias de noite, eu pego domingo de noite ou sábado de tarde, uma coisa assim. Até pelo fato de que assim né... quando eu chego em casa, às vezes a menina já ta chegando, ou já chegou. Se ela já chegou, que que ela ta esperando? A mãe, né. Não quer ver a mãe com aquela papelada assim toda. Então, não... eu não consigo fazer só durante o horário de trabalho (ACS 11).

5.4.18 Material de trabalho

Esta categoria inicial diz respeito à percepção que os agentes de saúde entrevistados têm a respeito das condições de trabalho no que tange aos materiais para sua execução e para qualificar a mesma.

Os agentes consideram que poderiam ter livros para orientá-los melhor e clarear suas noções, e demonstraram incerteza quanto à maneira de agir, se estão ou não adotando condutas e procedimentos corretos frente aos membros de suas microáreas. Os livros e materiais informativos viriam para sanear esta lacuna que os ACS entrevistados consideram ter.

Neste ponto, é preciso fazer constar que o Ministério da Saúde possui uma editora, a qual produz livros e materiais informativos, e, de sua produção, há uma parte voltada especificamente para o público formado por este tipo de profissional. Assim sendo, há que se questionar onde está a falha no encaminhamento deste material: será do Ministério para as secretarias municipais de saúde, ou será destas para as equipes de saúde? Sabe-se também que as publicações ficam disponíveis na Internet, então as secretarias de saúde e as coordenações das equipes poderiam buscá-las e passá-las aos agentes. será que assim o fazem? E se não, por que não o fazem?

Os agentes entrevistados também ressaltaram a falta de uma bolsa para carregar os materiais e equipamentos utilizados diariamente, além de protegê-los

das intempéries, e a situação de que nem sempre se tem o material de escritório necessário, sendo preciso adquiri-lo eventualmente, com recursos próprios. Apenas os impressos estão sempre disponíveis.

Já sabe né? Caderno a gente pediu, não ganhou. A gente tem caneta e lápis agora. Borracha, tive que comprar. Uma hora tem uma coisa, e falta outra. Depois tem alguma coisa, já falta. Mais ou menos assim. Tem alguma coisa e depois... e falta outra também (ACS 9).

Além disso, há a necessidade de se fazer cópias de alguns documentos, como cartazes, avisos e, em algumas situações, é preciso que o ACS pague por isso, se não for possível fazê-lo via secretaria de saúde:

e é assim ó, eu faço muito grupo, então vivo fazendo avisos, coisas assim. Quando o computador do posto tá funcionando, a gente usa o do posto. Se não, eu cansei de tirar do meu bolso. Eu fazia no computador da minha cunhada e eu que tirava o xerox. Agora tem máquina de xerox no posto, mas mesmo assim, é controlado o número de cópias e eles fazem uma avaliação pra ver se aquilo realmente é necessário (ACS 5).

5.4.19 Transporte

Esta categoria inicial revela mais um problema referente às condições de trabalho. Na realidade, a questão transporte divide-se em dois aspectos: o deslocamento de pacientes para as unidades de atendimento à saúde, e o deslocamento dos agentes de saúde (e demais membros das equipes) para algum tipo de atividade.

Cada equipe possui à disposição, teoricamente, um carro com motorista, com o objetivo de transportar pacientes, materiais e membros do grupo de trabalho, quando necessário, para os lugares necessários, sempre em função de saúde. Teoricamente.

Em relação ao deslocamento de pacientes, tem-se grande dificuldade natural para se conseguir um carro para tal, e seguidamente os agentes apelam para vizinhos, familiares, conhecidos:

Então, se eu preciso, pra um paciente... isso que tu quer dizer né? Aí é uma briga né. É difícil conseguir. Eu até tento assim ó, quando tem alguma coisa que precise vim no hospital, que é sério, a gente mesmo tenta resolver lá né. Eu consigo... às vezes eu vou num vizinho, vou noutro, acabo trazendo. Os vizinhos mesmo né... porque se depender do carro aqui, a gente fica. É um problema isso. O carro pra nós, é um problema (ACS 10).

Se o deslocamento exigir o uso de ambulância, então a situação complica-se ainda mais, e até mesmo bombeiros são acionados pelos ACS, embora estes

saibam que não é uma responsabilidade deles, e embora possam ser destratados ou ironizados por eles:

... mas assim, quando a gente precisa de ambulância... eu já tive que chamar os bombeiro pra mudar uma pessoa que não caminhava, uma senhora né, que ela faleceu essa semana. E é sabido que existe carros né, pra isso. Mas é difícil a gente conseguir (ACS 8).

É, eu acho que até eu já falei sobre isso, mas uma coisa que me marcou muito foi o fato de saber que a gente tem carro pra transportar uma pessoa idosa, doente, paralítica, e eu tive que chamar os bombeiro, e ouvir um ar de gozação dos bombeiro dizer assim “ai, não é nosso trabalho né?”, “pois é, mas eu chamei assim mesmo, pois quem era pra fazer esse trabalho não veio” (ACS 8).

No tocante à movimentação dos integrantes da equipe de saúde para alguma atividade, observa-se a mesma realidade. Cabe ressaltar que esta situação é muito mais problemática entre os agentes do PACS do que dos PSFs, pois os primeiros não possuem à disposição um carro exclusivo e, desta forma, tanto a atuação dos agentes quanto da enfermeira supervisora ficam comprometidos, conforme os relatos a seguir:

Se eu preciso de carro, eu tenho que falar com a Ivani, e aí é um sufoco. Porque tu sabe da história do carro né? A gente não tem carro. Não tem carro, tu sabe que veio pro PACS, e o carro sumiu, e ninguém sabe do carro. E já batemo boca por causa do carro, e não resolveram nada. Daí a enfermeira... a enfermeira tem um problema sério. Cada vez que quer carro pra fazer visita.. tem as reunião de hipertenso e diabético... e aí cada vez que ela precisa se deslocar é uma briga pra arrumar carro. Ela tem que avisar uma semana antes, um dia antes e mesmo assim, se ela marca reunião pras oito e meia, ela consegue chegar... nove, nove e pouco. Até conseguir um carro (ACS 10).

Não tem, digamos assim, que nem... eu assim, ainda é próximo do posto, mas não tem um carro que a gente possa trazer as pessoas, ou pra enfermeira ir em casa, ver um paciente que não pode vim aqui. Mas às vezes precisa um... curativo, uma pessoa quebrar a perna né, que não tem como vim, e tem muitos que não tem dinheiro pra pagar táxi. Então aí... que nem assim ó, tem coisas que a gente vê que... que nos outros lugares tá acontecendo e que nós aqui ainda não tá. Não tem... eu acho que tem coisas que tem... atrapalhado... não sei aonde que tá o erro... tem coisas bem... deixam a desejar (ACS 12).

Em geral, o trabalho dos ACS é feito dentro da comunidade, então a maioria movimenta-se nos bairros a pé. Para os agentes cujas unidades de saúde são mais próximas, não se observam tantas insatisfações no que tange a transporte. Há, porém, os agentes com comunidades mais amplas, cujas casas são bastante distantes umas das outras (zona rural e praias), há os agentes do PACS que atuam em bairros distantes do Posto de Saúde Central e precisam deslocar-se até lá e há, ainda, reuniões eventuais de todas as equipes.

Em relação a essas situações, há um crescimento das queixas. O carro é uma dificuldade, especialmente para o PACS. Os agentes também não recebem vales-transporte, e o deslocamento é obrigatório. Assim sendo, se não houver carro disponível, os mesmos acabam optando entre o pagamento do ônibus ou a vinda a pé ou de bicicleta.

Assim, a gente não tem muita, ahn, eu por exemplo, vou com a minha bicicleta, bem velhinha (risos). Já prometeram uma vez uma bicicleta pra nós, não sei o que que aconteceu... que vinha e não veio... e assim ó, tu faz... eu assim, ó, eu faço a pé, faço de bicicleta, porque é longe uma casa da outra assim, se eu fizer tudo a pé, eu não dou conta... (ACS 4)

Ahn, assim. A minha área... é duzentas famílias. Daí assim, eles exigem oito visitas por dia. Só que daí, eu faço catorze. Doze, catorze. É a média que eu faço, porque senão eu não consigo visitar duzentas. Só que assim ó, às vezes quando é longe, o carro vai levar a gente né. Mas se não... tu tem que te virar. E às vezes, acontece muito, assim ó, de ter que avisar que a consulta foi desmarcada, ou que a van vai pra Porto Alegre e a tua consulta saiu, dum dia pro outro. Eles não te disponibilizam o carro, pra ti ir. Tu vai ter que dar um jeito. Outra coisa, quando tem reunião em Torres, eles não dão transporte, e não dão dinheiro pra passagem. Mas tu tem que ir (ACS5).

E uma coisa que a gente achou bem ruim assim, que no início a gente ganhava vale-transporte, não sei se tu lembra. Era pouco, mas a gente ganhava. Depois cortaram tudo. Agora a gente nem vale transporte a gente não tem mais. Então... eu sou uma, que eu venho a pé pras reunião. Venho e volto. Ou então de bicicleta. Daí dia de chuva tu já viu como é que é. Ou tu tira do teu bolso e paga a micro, mas não é sempre que tu tem. Ou então tu vem na chuva. Fazer o quê? (ACS 10)

Então... ahn... eu tenho uma dificuldade porque às vezes assim... ahn... de acesso né, porque a gente tem um problema assim... tu deve conhecer a praia, problemas de rua. Então eu tenho dias que às vezes eu preciso... quando eu não preciso entrar naquelas determinadas ruas que eu não sou obrigada, porque eu tenho ruas que às vezes levam uma semana pra ficar transitável... por causa da chuva. Então quando eu não preciso... mas eu sou obrigada a atender. Então eu sinto uma dificuldade... um pouco em relação a isso né. A gente tinha também uma... uma dificuldade muito grande que era em relação a transporte, que a gente não ganha, né. Até a gente não ganha vale-transporte. O que aconteceu a gente conseguiu foi, agora com a nova administração, que a secretária de educação liberasse pra gente vim pra Torres e coisas assim que a gente precisa, com o transporte escolar. Eu... eu pessoalmente, te dentro da minha área às vezes eu preciso, porque eu tenho lugares muito longe. Se dá aquele ventão, coisa, não tem como ir de bicicleta. Então, posso pegar o ônibus escolar. Essa era uma dificuldade que eu tinha... né, tu vê como é que é o nosso salário pra gente ta pagando... Então a gente pagava o estritamente necessário pra gente vim a Torres. Isso já melhorou. Apesar que eu sei que tem lugares que agente de saúde tem passe livre, né. Tu deve saber também (risos) (ACS 11).

É interessante observar que os agentes questionam o fato de não receberem vale-transporte, ou passe livre, ou mesmo uma bicicleta por parte da prefeitura. Algumas soluções paliativas foram encontradas, como o uso do ônibus escolar para o transporte de alguns agentes (o que não é uma solução muito adequada, uma vez

que o ACS deve estipular o seu tempo em função dos horários do ônibus) e a adoção de bicicletas próprias ou doadas pela comunidade. Ao ACS, sobra a sensação de descaso e a necessidade de “se virar”.

... a minha bicicleta inclusive eu ganhei do pessoal do bairro. Porque eles... quando eu comecei a trabalhar ela já era usada né, eu ajeitei a minha que eu tinha em casa, só que... tanto que a minha bicicleta não tem um ano, se tu olhar pra ela, tu vai dizer que ela tem... porque as minhas estradas são horríveis. A não ser o acesso pra minha casa, porque eu moro na Estrada do Mar, é o único pedaço de asfalto. O resto é... pouco paralelepípedo e o resto é buraco mesmo. E agora com esses dias então, eu to passando puro barro né. Se tu olhar pra bicicleta tu vai dizer que ela tem uns três anos. E ela não tem um ano, e eu ganhei do pessoal, porque a minha bicicleta tava me deixando empenhada, e nisso me deram uma bicicleta (ACS 11).

5.4.20 O uniforme

Esta categoria inicial refere-se ao uniforme de trabalho dos agentes comunitários de saúde de Torres.

E quanto a uniforme, assim é... é naquelas né... quando o governo manda alguma coisa, manda. Não sei se tu lembra a época das amarelinhas. **Lembro.** É, e a gente ganhou o kit aquele. Aí depois daquele, na outra gestão agora, a gente ganhou UM moleton. Um moleton cinza. Que o meu tá um bagaço. Que eles vão desbotando né. **E aquele conjuntinho verde?** É, e aí depois a gente ganhou a tal da fardinha (risos). A fardinha. Aí a gente ganhou aquilo, mas aquilo é assim ó... é mais é pra verão né. E aquilo é sufocante no verão, porque é Oxford. Assim, desconfortável. Mas tu usa né. É que fica mais bonitinho pra ti vim no Centro, assim em reunião. Eu uso bastante o meu. Até o moleton também eu uso o inverno todo, tanto é que tá desbotado, coitado. Mas a gente não ganhou assim, mais nada. Nada mesmo (ACS 10).

Cada gestão adota um uniforme novo, e cada agente usa aquele que recebeu e que ainda esteja em condições de uso. Do ano 2000 para cá, os agentes comunitários de saúde receberam três uniforme diferentes: em 2000, o Ministério da Saúde enviou para cada ACS do país um kit, contendo uma bolsa modelo mochila, camisetas, calça, colete e jaqueta, em brim, cores amarelo-ouro e branco. Era um padrão nacional. Em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde de Torres deu aos agentes um moleton cinza e, a seguir, um conjunto de calça e colete em Oxford, cor verde garrafa. Entre essas distribuições, os trabalhadores de saúde que participaram de campanhas de vacinação e de prevenção do HIV/AIDS nos carnavais receberam algumas camisetas e moletons dos eventos. Os agentes de saúde geralmente estão engajados nessas atividades, recebendo, portanto, as roupas das campanhas.

Não existe, também, uma obrigatoriedade quanto ao uso de qualquer dos trajés já distribuídos, e o ACS pode vestir suas próprias roupas “paisanas”. Assim

sendo, parafraseando um dos agentes entrevistados, *“tu tem e não tem uniforme”* (ACS 13). Ou seja, na verdade, os ACS não possuem uniforme, e esse fato é ressentido.

Para os agentes, um traje específico para o trabalho é necessário, bem como é preciso que a pessoa responsável por sua concepção e confecção os questione a respeito do que é melhor e mais adequado para o uso cotidiano. Tanta importância é dada ao uso do uniforme, que alguns agentes estão se organizando para a elaboração e aquisição de um novo modelo.

Uniforme é um caos, nós não temos uniforme. Nós vamos nos juntar agora pra ver se nós vamos conseguir fazer um pra nós. As cinco agentes de saúde vão ter que pagar, com o nosso dinheiro, o uniforme pra nós, porque não vem, quando vem, ELES escolhem pela gente, eles não perguntam “o que que vocês acham de fazer isso, de fazer aquilo, de fazer esse modelo”. Eles escolhem tecido, eles escolhem a cor, então é uma coisa assim que... se é a gente que vai usar uniforme, né, a gente que tem que saber o que que é o melhor pra nós, pro nosso dia-a-dia, quanto a cor, quanto ao tecido. Tudo isso acho que a gente que tem que escolher. E sempre foi ELES que escolheram: “ah, não, tem que ser assim, vai ser assim e pronto” (ACS 3).

5.4.21 Dias de chuva

Esta categoria inicial refere-se ao trabalho dos ACS nos dias de chuva mais intensa. A intenção original ao questionar os agentes sobre dias de chuva, lembrando que na maior parte do tempo de trabalho os agentes de saúde estão nas ruas, era descobrir se eles recebem algum tipo de suporte para isso, como a cedência do carro da equipe, vale-transporte ou até mesmo se lhes é oferecido algum traje específico, como capas de chuva, botas e guarda-chuvas.

Acho que deveria melhorar assim no aspecto de que tu... ahn... num dia de chuva eu não posso sair pra fazer visita, porque eu não tenho condições de sair. Lá no meu bairro ali é tudo barro. Em vez de usar uma bota, ou uma capa de chuva ou... uma coisa pra sair na chuva... tu... às vezes tem que ficar de mão atada né... tu não pode sair de dentro de casa. Porque tu não tem isso, não tem aquilo. Daí acaba ficando ruim (ACS 6).

Não apenas se verificou que nada disso é distribuído, como ainda se chegou à surpresa que, em dias chuvosos, as atividades de visitas domiciliares podem ser canceladas, sem, é claro, reduzir a meta mensal estipulada, e sempre com negociação e a anuência da supervisora da equipe.

Assim sendo, o tempo que seria dedicado às visitas passa a ser utilizado em outras tarefas de responsabilidade da equipe. Alguns ACS deslocam-se para a unidade de saúde de referência, onde efetuam atividades internas, como

organização dos prontuários das famílias, preparação de documentos e atualização dos arquivos. Outros agentes permanecem em casa, onde atualizam suas fichas e relatórios de produção e programam as visitas para os próximos dias, de forma a equilibrar as “perdas” dos dias de chuva.

Dias de chuva, por exemplo, quando tá chovendo, mesmo pra valer, o que foi combinado com nós, quando a gente começou a trabalhar, se a gente faz menos visita nesse dia de chuva, a gente tenta fazer mais no outro dia de sol, pra equilibrar aquelas visita que ficaram perdida. Que não tem condições de tu ir a pé pela chuva, cada casa que tu vai tu vai tomar um banho. Daí a gente faz assim, ou a gente fica fazendo trabalho interno aqui dentro do posto, de sombrinha, e daí fica aqui fazendo trabalho interno... cuidando do arquivo, tirando as pessoas que saíram, excluindo os arquivo, acrescentando as novas que chegaram, fazendo os envelope... (ACS 8)

Mas dia de chuva, daí a gente não trabalha né. Vem trabalhar aqui, faz alguma coisa aqui no posto. Ou arruma o arquivo, ou vai... preencher ficha... ou vai... tem que ficar aqui, quando tá com muita chuva. E frio também. Mesma coisa, a gente vem trabalhar aqui daí. E daí ajuda aqui dentro (ACS 9).

Aliás, dias de chuva, mesmo com tantas atividades internas sendo praticadas, são considerados dias perdidos. Para alguns ACS, trabalho interno não é trabalho; trabalho de ACS é só a visita, observando-se assim uma fixação na meta de produção:

Dia de chuva se tu for fazer, tu sai em qualquer lugar, tu vai molhar uns dois, três tênis por dia. Então... é preferível ficar em casa. Aí tu vai com guarda-chuva, com um monte de papel, com balança, tu tem que pesar criança, tem que medir, tem que ver não sei o que. No final, tu te molha todo e não faz nada. Então fico em casa, dia de chuva, fico em casa. Não faço nada. Ou se eu tenho alguma coisa pra organizar, vou organizar. Mas isso pra nós não é trabalho. O nosso trabalho é fazer as visita e é aquilo dali (ACS 13).

5.4.22 Relacionamento entre equipes

Esta categoria inicial trata da percepção dos ACS entrevistados sobre os relacionamentos que existem entre os membros da equipe de saúde e entre as equipes de PACS e PSF.

Em geral, o relacionamento entre os colegas da mesma equipe, considerando-se equipes do PSF, é tido como sendo bom, mesmo tendo momentos de discórdia e de falhas. Bom, nas palavras dos agentes, tem os sentidos de um relacionamento entrosado (em que os colegas têm a liberdade para “brincar” e brigar uns com os outros), de respeito e de reciprocidade, na qual uns ajudam os outros,

primam pela transparência e não necessariamente interferem na vida e no trabalho do colega.

Os relatos abaixo ajudam a retratar esses relacionamentos entre os membros das equipes de PSF:

Ai, eu acho assim que... eu acho, a não ser que eu to sendo traída. Eu acho que é o máximo, tudo. ... Aqui também, me dou super bem com a enfermeira, com o médico, com o **DOUTOR** (risos), com as gurias, entendeu? Às vezes a gente se: "ah, porque tu isso, porque tu aquilo outro", mas sempre... sabe? Ah, eu sou apaixonada pelas minhas colegas, apaixonada mesmo, adoro elas. Porque sempre quando tu tá... surge algum probleminha... eu procuro... ai, eu brigo, sabe? Eu sou bem assim, já que eu sou justa, entendeu, se elas tão certas, eu fico quieta, e se elas tão erradas, eu já brigo com elas, entendeu? Eu sou explosiva, entendeu? Mas eu sempre to... Só se eu to sendo traída, mas eu acho que é assim (risos), um amor (ACS 2).

Ah, eu acho que é... que o relacionamento tá bom, eu acho um bom relacionamento, eu procuro assim, porque eu sei que o meu trabalho não é só na comunidade, o meu trabalho é também dentro do posto de saúde né. A gente precisa muito do PSF pra gente continuar fazendo lá o nosso trabalho. E lá o nosso trabalho, a gente tá lá e eles precisam da gente e a gente precisa do posto. Então a gente tendo isso em mente né, a gente consegue assim, ter um relacionamento. Claro que às vezes a gente vê que... que acha assim que alguma coisinha podia ser melhor né, mas a gente tem que ter em consideração que ninguém é perfeito né, que todo mundo erra. Como elas erram eu também erro e assim a gente tem... (ACS 3)

É bom. A gente... cada uma fica na sua assim, ninguém se mete na vida de ninguém. Quando a gente tem que dizer alguma coisa a gente diz é na cara mesmo às vezes. Às vezes, nem sempre. Mas cada um procura ajudar o outro. Aqui é bom (ACS 7).

Ainda se tratando de equipes de PSF, observa-se que há uma distância maior entre os agentes de equipes diferentes, e uma evidente competitividade a respeito dos resultados da equipe como um todo. Assim sendo, o relacionamento entre os membros de uma mesma equipe é afetado pela competição com as outras, de forma a uni-los e, com isso, tentar elevar o grupo a um patamar mais elevado do que os demais.

E eu acho assim que a gente não deve se gabar, mas a gente... acredito que a gente é um dos melhores postos, pelo menos assim na dedicação, no querer ir. Tipo assim, quando se fala de organização, tem que se falar de uma ramificação, né? Não adianta eu ser organizada e as minhas outras colegas não. Entendeu? E aqui não, aqui a gente procura sempre, ah, se deu furo comigo, as gurias tapam, se deu furo com as gurias, ou com a recepção, a gente sempre tá procurando, entendeu, sempre se... a gente tem aqui um elo, sabe, eu acredito nisso (ACS 2).

Já no PACS, o relacionamento entre os agentes, embora eles digam que é bom, é um tanto mais conturbado, principalmente em função da distância espacial. Conforme já referido, os ACS deste programa não têm comunidades e nem unidade

de saúde de referência que sejam próximos a todos. Esses agentes de saúde não se vêem com tanta freqüência quanto os agentes das equipes de PSF, que conversam praticamente todos os dias da semana.

Além disso, as equipes de saúde da família compõem-se de quatro a seis agentes comunitários de saúde, ao passo que a equipe do PACS é bem maior.

Essas duas características (distância espacial e tamanho das equipes) facilitam a formação de grupos por afinidade, sendo o fator territorial o mais freqüente, e a afinidade por tempo e experiência na função, o outro.

Tal formação de “panelinhas” pode e chegou a gerar uma crise no relacionamento entre os agentes do PACS, que foi de tal forma importante, a ponto de ter sido percebida por eles e trabalhada com a atuação relevante da enfermeira supervisora e de uma psicóloga. A crise de relacionamento, aos olhos dos entrevistados, parece ter sido contornada.

Ah, o trabalho dentro da equipe tá... pra mim agora, tá bom. A gente passou uma crise assim. Passamo uma crise porque entrou um grupo novo, né, e desse grupo novo, tinha umas certas pessoas, tipo que fizeram panela... tu entende? E daí o grupo meio que ficou desafiado, daí a gente teve reunião, a enfermeira agora bateu bastante nessa tecla né. A gente não tava... assim não tava se entendendo. Mas agora não, agora tá tranquilo, a gente já tá né... continua... voltamo a conversar, se dar bem entro o grupo (ACS 10).

Eu me relaciono bem. É que assim ó, eu acho, na minha... é meio dividido. Porque tem as gurias das praias, que é mais longe, então a gente não tem como tá em contato com elas sempre né. Então tem o pessoal que é mais de perto que é o que a gente conversa mais, porque se vê mais, então tem relação mais... mais assim, todo dia, mais aberta? Mas não porque... ficou uma dúvida também, não tem nada a ver, só porque é mais longe. A gente quase não se vê (ACS 12).

Se, entre membros de diferentes equipes de PSF existe competitividade (até por causa dos objetivos das equipes serem praticamente os mesmos), entre as equipes de PSF e a do PACS existe um relacionamento extremamente frágil, senão inexistente, e isso se deve a alguns motivos: os objetivos das equipes são muito discrepantes; a estrutura do PSF é melhor do que a estrutura dada ao PACS; raramente há reuniões conjuntas entre todas as equipes e, ainda, as visões que se tem do trabalho, de sua organização e de sua estrutura é distinta.

Os ACS ressentem-se da falta de um convívio mais intenso, pois o que existe é de tal forma esporádico, que os agentes se encontram praticamente apenas nos eventos externos (congressos, cursos e seminários), os quais são realizados eventualmente.

5.4.23 Relacionamento com supervisão

Esta categoria inicial refere-se à percepção que os agentes de saúde entrevistados têm com a enfermeira supervisora de sua equipe.

Em geral, os ACS consideram o relacionamento bom, embora haja atritos eventuais, considerados naturais do trabalho.

No entanto, há uma dificuldade maior no relacionamento entre agentes e supervisora do PACS do que nas demais equipes, e isso se dá por motivos já explicitados anteriormente em outras categorias: o convívio dentro dos PSFs é maior, mais freqüente do que no PACS; as equipes de PSF são menores, podendo a enfermeira supervisora dar mais atenção a cada agentes; e a estrutura física e organizacional dos PSFs é melhor do que no PACS, incluindo-se a disponibilidade de um carro para as atividades diárias.

A queixa mais apresentada dos ACS em relação ao relacionamento com sua enfermeira diz respeito às limitações e dificuldades que ela tem para ir às comunidades e acompanhar de forma mais próxima a atuação dos seus agentes, em função da dificuldade de deslocamento por falta do carro da equipe.

Os agentes de saúde entrevistados declararam que podem contar com o apoio de supervisora, com as orientações que forem necessárias, mas sentem a necessidade de uma maior presença dela junto a eles, conforme as falas a seguir:

Assim, pro nosso trabalho né. Nós precisaríamos... a gente precisaria... assim, mais da enfermeira, né, pra visitas na comunidade. Mas isso é uma coisa que depende só do carro, né. Ahn... não sei... (ACS 10)

Sempre que ela pode, que eu peço, ela... ela tem... ela também tem as dificuldades pelo fato da minha área ser longe né. Então muitas vezes ela tem dificuldade com o carro, mas... nunca faltou numa reunião de hipertenso minha, porque ela sabe que o meu pessoal... não tem quem não caminhe na minha área pra ir na minha reunião de hipertenso. Acho que só tem uma ou duas, que é assim... uma quadra, o resto todo mundo tem que se deslocar da casa. Então ela tem... mesmo quando ela tá com aqueles problemas assim de carro, ela diz "não te preocupa que eu já arrumei, um pra ir pra lá eu já arrumei". Então eu nunca tive problema com ela (ACS 11).

Umhum (sim, consegue contar com a enfermeira). Ela também tem dificuldade né... também... é só uma pra onze agentes comunitários. Tem que ter carro. Então não depende, é como eu disse, não depende só dela né. Tem que ter... mas não tem nada... **Tu consegue o apoio dela?** Sim, tudo que eu pedir pra ela, ela tenta ajudar e tal (ACS 12).

Outro ponto digno de nota é o fato de que, nas equipes de PSF, a atuação da enfermeira é mais centralizadora, e a dos agentes, de maior dependência dela, ao passo que, no caso do PACS, há menor dependência e maior autonomia dos agentes na tomada de algumas decisões e busca por informações e soluções para seus problemas. Nos PSFs, a enfermeira desloca-se ao Posto de Saúde Central e à Secretaria Municipal de Saúde; no PACS, o Posto Central é a referência para os agentes e para a enfermeira e, assim, podem tratar diretamente com as pessoas envolvidas nos demais setores. É uma possibilidade de comunicação mais direta e mais efetiva do que para os agentes de saúde das equipes de saúde da família.

Assim ó, a gente... é tudo através da enfermeira. A nossa enfermeira, sob esse aspecto, ela é maravilhosa. Ela leva todos os nossos problemas, ela defende muito a gente (ACS 5).

Eu não tenho muita dificuldade, mas tem outras agentes que tem mais dificuldade de... porque eu é aqui pertinho... é aqui atrás, então é muito próximo do posto. Então toda hora eu... tenho uma dúvida, alguma coisa, eu venho aqui. Então eu tenho mais acesso. Então pra mim até agora eu não tive dificuldade nenhuma mesmo em relação ao posto. Mas a gente nota que tem... tem... às vezes tem ocasiões que as pessoas que é mais... um pouquinho mais difícil assim (ACS 12).

5.4.24 Relacionamento com a Secretaria Municipal de Saúde

A categoria inicial “relacionamento com a secretaria municipal de saúde” trata de aspectos relacionados aos agentes de saúde e sua ligação com a secretaria de saúde de Torres.

Alguns pontos puderam ser observados nas falas dos ACS entrevistados, conforme o que segue:

Bom, secretaria de saúde, Dr. Sérgio, né... sem comentários né... uma pessoa assim... um amigo muito especial pra todos nós, até em termos de comunidade, então assim, o Dr. Sérgio é uma pessoa que falava que a gente tinha que tá bem mais acesa... É um ser humano muito bom, muito bom mesmo (ACS 1).

O nosso secretário é nossa paixão aqui, né. Ele diz que é um amor descarado pela Vila, porque ele conviveu; adoro, adoro de paixão ele, a família dele. Nosso chefe-secretário (ACS 2).

Em primeiro lugar, há que se fazer constar que o atual secretário de saúde é muito bem quisto por vários agentes, e o principal motivo é, antes de ser nomeado gestor, ter sido médico de uma das equipes de saúde da família, convivendo com os ACS de forma mais próxima. Outro motivo que leva os agentes a aceitarem-no tão bem é a maneira como tem conduzido o tratamento aos agentes na secretaria de

saúde. Atualmente, os ACS sentem-se livres para ir e vir, e para conversar com ele e com sua equipe de assessores. A liberdade de trabalhar com “portas abertas” é um ponto positivo no relacionamento entre as pessoas e o secretário e sua assessoria, conforme os relatos abaixo:

Agora sim, eu não sei se é porque mudou o governo... eu acho, eu acho que a gente tem mais liberdade agora... de ligar pra eles, de... eles tão quase... fica mais acessível assim, a gente conversar com eles. O secretário agora, ele é muito... assim... não é cheio assim de... sabe, de pose. Ele chega, ele abraça a gente, então a gente sente mais liberdade de falar as coisas com ele. Eu, pro meu ponto de vista, tá sendo melhor agora do que antes, quando... assim que eu entrei (ACS 9).

Olha, eu acho que melhorou 90% (risos). Eu acho que no sentido mais comum assim, maneira de conversar... ahn... se tu tinha vindo aqui no posto há um tempo atrás, tu via que na salinha da secretaria tinha uma... um bilhetezinho dizendo que não era... não lembro exatamente o que que dizia, mas, não era assim aberto. E agora, tu vê que aquela porta tá mais aberta por tudo né... então a gente tem a maior liberdade pra entrar na sala da coordenação, pra falar com o secretário... tu não precisa ir lá, tu pode atacar ele no corredor. Se ele vê a gente assim de três... já aconteceu assim com nós, umas duas vezes, nós estar chegando de três ou quatro, ele tá saindo e ele atrasar a saída dele pra vim conversar com a gente, ver se a gente queria alguma coisa, se era pra uma coisa com ele que a gente tava vindo ao posto. Isso não acontecia antes. **Tá melhor?** Nossa! (ACS 11).

Consegue. Esse ano sim, porque ele ta trabalhando né. Mas na outra administração era porta fechada. Era uma administração ditadora. ... e nesse ano, agora, nessa gestão do João Alberto, o Dr. Sérgio ta sendo assim, um pai, né, pros agentes de saúde. Porque ele ta nos ajudando muito muito... Ta assim muito mais fácil... Pra nós ta mais fácil esse modo de trabalho né. Tanto ta mais fácil que a comunidade ta te cobrando mais. Porque eles viram também que ta mais fácil. Eles viram isso. daí eles cobram mais (ACS 13).

No entanto, a SMS não se restringe às figuras do gestor e seu quadro assessor. A secretaria de saúde é um complexo de setores e pessoas, é uma estrutura, cujo núcleo gestor está localizado no Posto de Saúde Central. Assim sendo, alguns ACS confundem muito e tem dificuldades para separar a idéia do que é posto e do que é secretaria. É como se a secretaria de saúde fosse uma parte do posto, e não o contrário. Confundem-se os setores e funcionários de um e outro. Há, ainda, ACS que sequer sabem onde fica a secretaria de saúde.

Além disso, em função da centralização de atividades nas enfermeiras supervisoras (caso dos PSFs), há agentes que não precisam vir à secretaria de saúde e ao Posto de Saúde Central.

Assim sendo, observa-se pouca intimidade entre ACS e SMS, a despeito da liberdade que eles têm perante a gestão atual, principalmente por parte dos agentes das equipes de saúde da família.

Secretaria de Saúde é onde? **No Posto Central.** Eu quase não vou lá. Quando a gente vai lá pedir alguma informação, alguma coisa, elas atendem a gente bem. Mas é... quase não vou lá. Só pra perguntar hora de médico, essas coisas assim que a gente precisa saber né, mas... entregar as fichas... outras coisas assim, mas sempre tratam bem. Assim, pelo que eu... (ACS 7)

Eu acho que é bom, a gente não tem muita intimidade com eles, só em congressos, convenção, essas coisa assim. Mas a gente lida direto com a enfermeira, que é a supervisora né. **É mais centralizado então.** É (ACS 8).

Curioso observar que são exatamente alguns agentes de saúde dos PSFs que reclamam de forma mais contundente de descaso e de problemas de comunicação entre SMS e ACS. Para estes profissionais, a relação é considerada precária, e eles se queixam de pouca valorização das equipes, e de falta de informação.

Assim ó. O nosso relacionamento com a secretaria de saúde é precário, eu diria assim. Porque às vezes a gente fala. Às vezes a gente faz a reivindicação, a gente levanta o que a comunidade tá pedindo, só que ela, ele não sai do papel. Ele tá lá. E às vezes, eu sempre digo, uma forma de injustiça que eu vejo, assim ó, tem... ahn... as equipes de PSF em Torres não trabalham da mesma forma, porque elas não são apoiadas pela secretaria da saúde da mesma forma. Umás são apoiadas mais, e valorizadas mas. E outras não. porque a nossa equipe de PSF já foi primeiro lugar no RS, só que em todos os encontros da saúde que teve, em todos, nunca foi falado, nunca foi mencionado. Claro que a gente não é agente de saúde porque a gente não quer elogio. A gente não vai pra visita esperando que venha um elogio. Mas também assim, isso é bom pra auto-estima, até pros profissionais que são dessa equipe. E eu acho que a gente... às vezes a gente pede material, pede tudo, e não vem, e também não vem um retorno de dizer porque que não tá vindo, porque que não tem. Eu acho que é tipo um pouco-caso (ACS 5).

Com a secretaria? Falta informação de lá, pra nós. A gente tem que tá indo buscar... sempre... por isso que tá faltando mais. Se eles, toda... toda semana, quando eles mudassem um projeto, ou ahn, fizessem uma outra coisa diferente e mandassem pra nós, seria bem mais fácil, do que a gente tá indo lá pra buscar as coisa, informação (ACS 6).

Nem todos reclamam, porém. Há aqueles agentes que consideram a relação ACS e SMS boa, embora tudo sempre tenha a necessidade e a possibilidade de mudar para que fique melhor.

Eu acho que tá bom. Eles auxiliam a gente quando a gente precisa e... e a gente ajuda eles quando eles precisam encontrar uma família, a gente procura pra eles. Acho que podia melhorar, mas tá bom (ACS 8).

Já os agentes vinculados ao PACS tem uma posição menos contundente, ou mesmo mais acomodada, mais conformada, talvez por conviverem mais no ambiente SMS/Posto de Saúde Central, conforme o que segue:

É como eu te disse né, quando a gente consegue, consegue, quando não consegue, não consegue. Porque às vezes, não é a secretaria da saúde, às vezes tu vem em busca de uma coisa que eles também não tem como te ajudar. Não existe como, no momento né. Ou a 18ª não fornece, ou... ou não tem como mesmo. Mas em si assim, é... o pessoal é bem legal. As gurias que atendem na frente, as gurias da farmácia, pessoal ali, são bem legal (ACS 10).

É que assim ó, tem... depende de cada um. Tem umas que passam bem claramente, avisam, te explicam que... que trocou o dia da consulta, elas te ligam, te avisam. Tem outras que já... não sei, esquecem, ou... não tem muito... (ACS 12)

Percebe-se, portanto, que o relacionamento, embora percebido como bom por alguns, é bastante falho em termos de comunicação, a despeito da forma como ele é encarado, das amizades internas e do sentimento positivo que é nutrido pelo secretário de saúde. Informações que não chegam, respostas não dadas, situações em que alguns explicam e avisam enquanto outros não são sintomas bastante perceptíveis de falhas no processo de comunicação.

5.4.25 O relacionamento com a comunidade

Esta categoria inicial traz aspectos referentes aos relacionamentos que os ACS têm com as pessoas e as famílias integrantes das suas microáreas de atuação, ou seja, aos relacionamentos entre agentes e suas comunidades.

A categoria compõe-se de tópicos como a percepção do ACS sobre o relacionamento, recepção dos mesmos pelas famílias, a confiança das pessoas no agente de saúde e a reciprocidade dessa confiança, ou seja, a confiança do ACS nas informações que as pessoas lhe passam.

Conforme a percepção dos agentes entrevistados, o relacionamento é, em geral, bom. Há momentos de dificuldades e mesmo de rugas, mas isso é considerado natural.

No geral, eu acredito que seja bom. Né, fora um ou outro assim. Fora uma ou outra reclamaçãozinha assim, isolada, de uma ou outra pessoa, eu nunca discuti com ninguém, não tenho problema. Pelo menos que eu saiba. Com ninguém, nunca houve discussão, nunca houve atrito, nunca houve... de “ah, vamos fazer, eu quero fazer tal coisa, e vamos fazer tal coisa” e o pessoal não... (ACS 11).

Tenta-se manter um relacionamento respeitoso e de cordialidade com a comunidade, e os agentes tem a percepção de que isto realmente é necessário, uma vez que é na comunidade que eles passam a maior parte de seu tempo, já que são trabalhadores e moradores na mesma.

Assim sendo, o relacionamento que se tem com a comunidade pode influenciar muito tanto a vida pessoal quanto o trabalho do agente, seja de forma negativa ou positiva.

Em relação à recepção que as pessoas e famílias da comunidade dão ao ACS quando eles vêm fazer as visitas domiciliares, todos os entrevistados declararam serem, geralmente, bem acolhidos. Há famílias que “adotam” seu agente de saúde, e os esperam como se fossem familiares ou visitantes sociais, chegando a oferecer café, almoço e até presentes.

Todos. Não tem nenhuma casa que eu não tenha que entrar, sentar e, se possível, tomar cafezinho (risos). É muito... é muito... se eu chegar onze e quinze, eu... tu sabe que eu tenho que escolher algumas casas, dependendo do horário, senão eu não consigo ir embora pra almoçar em casa. Tem vez eu cuido tipo, “é aquela lá eu não posso ir onze e quinze porque senão eu não consigo dizer que não”. e eu tento, na medida do possível, almoçar em casa todos dia por causa da minha menina né. Só partes muito distantes assim que eu tenho e que daí quando eu vou eu fico o dia todo. Mas eu tenho que me cuidar pra poder ir embora (ACS 11).

Há, porém, famílias que não chegam a estes extremos, e que se atêm ao caráter profissional da visita domiciliar, conforme o relato a seguir:

E, ainda, há casos relatados de colegas que tem dificuldades para entrar nas casas, ou mesmo no pátio das mesmas, o que prejudica a visão total que o agente precisa ter da família, para poder fazer seu diagnóstico de saúde.

Em casa? Bem. **Todos eles?** Todos eles. Eu não tenho dificuldade de entrar na casa, sabe? Que tem agentes do grupo que eles reclamam né, que vão na casa, a pessoa nem deixa entrar, recebe no portão, faz a FAA no portão mesmo, ou então chega ali a pessoa tá lavando roupa no tanque, tem que sentar numa pedra e escrever. Eu não, eu... eu entro em todos e, assim, até eles me tratam bem sabe? Cafezinho e... de tarde mesmo se eu não me cuidar eu viro uma balofa né! Porque... não... quanto a isso, é tranquilo (ACS 10).

Sou bem recebido. Sim, eu qualquer casa eu sou recebido. Qualquer casa. Eu sei como abordar a família né, assim. Tenho uma... não digo estratégia, né, mas... sou paciente né. Ou eu vou na deles: “ná, hoje não dá, volta amanhã”, e vou, né, até que a gente consegue fazer com que eles saibam a parte preventiva. Na rua todo mundo me cumprimenta, todo mundo diz “oi, bom dia, boa tarde, boa noite”. “Não aparecesse mais por quê?”, “Porque não deu, não sei”. Aí vamo, né? Mas tem famílias que tu vai fazer restrito né. Porque tu faz mais a parte de trabalho mesmo. Que tu não tem acesso a informações mais de família mesmo, assim. Mais a parte de saúde e só, né (ACS 13).

Observa-se, enfim, que há, na realidade, vários níveis de recepção do ACS por parte das famílias, e este profissional deve ter um perfil que lhe permita absorver essas diferenças e atuar de forma flexível, de maneira que todas as famílias tenham tratamento equânime, a despeito de suas particularidades. É visto também que, apesar de algumas famílias não receberem apropriadamente o agente de saúde, isso não pode interferir no direito que elas têm às informações, orientações e ações que o seu ACS tem a ofertar.

Outro aspecto pertinente ao relacionamento entre agentes e comunidades é a questão da confiança da comunidade no ACS e sua reciprocidade.

A confiança que a comunidade deposita no seu agente relaciona-se profundamente ao sigilo das informações que lhe são repassadas. Várias são as oportunidades nas quais as pessoas passam ao ACS informações além daquelas solicitadas para o diagnóstico e a orientação de saúde. Muitos contam segredos que nem mesmo as pessoas da família sabem. Neste ponto, os ACS ainda lidam com a curiosidade de familiares e vizinhos de seu confidente, e com a pressão dos mesmos para saber o que lhes foi dito.

Às vezes assim que chega uma conversa, visita domiciliar, eles... você fica sabendo coisas assim, muito sérias da vida deles, né... e a... toda a ética, né? Escutou aqui, morreu, mesmo sabendo que tu chega na casa do vizinho, tem aquele que fica... às vezes fala né... “e aí Fulana, o que ele falou?” “Ah, não sei... não entendi”, eu falo que não entendi e fico né.. dando... “não sei de nada, não to sabendo”, entendeu? E tô sabendo de tudo né. Mas a minha... eu respeito até né. Eu nem... é uma ética, mas é mais o respeito, o amor pela pessoa, porque eu não tô ali pra ficar divulgando, não sou uma divulgadora da vida dos outros né. Eu to ali pra ajudar né (ACS 1).

Ah, isso é normal, ainda mais assim, que eu tenho assim, umas partes que é tudo família. Um é irmão, outro é primo, outro... dois, três irmãos, aí tu sai da casa de um, eles já... tu chega a sair... ontem aconteceu comigo... fui sair da casa dum, quando... eu nem cheguei a entrar na casa do outro eles já tavam na rua me esperando. “Porque o menino era encrenqueiro, o menino andou roubando”, né, aí quando... não tem como... como eu contar. E eu sempre digo “vocês querem saber, não é por mim”. Né, porque a pessoa pode contar pra todo mundo, a vizinhança inteira saber da história, mas não vai ser porque eu contei que tu vai saber. Tu tem que esperar os outros né. É complicado essa parte assim às vezes, e às vezes eles sabem mais do que a gente. Do que a família te contou. Mas no geral é... é muito gostoso (ACS 11).

Mas a maioria, eles contam tudo os problemas íntimos, os problemas que... que a gente... é o que eu sempre falo pra eles assim ó”o que fala comigo aqui, morre aqui”. Eu não vou lá na outra casa e falo pra mãe daquela casa que eu fui, porque eu não tenho essa...(ACS 12)

Há, ainda, os que informam ao agente de saúde coisas que ocultaram do médico ou da enfermeira.

Em qualquer dos casos, ao ACS cabe uma postura ética e de discernimento. Perante os demais familiares e membros da comunidade, eles procuram guardar os segredos contados, e essa atitude os valoriza perante os confidentes e os curiosos. No entanto, como profissionais de saúde, alguns dados não podem ser omitidos dos demais profissionais, como os médicos e enfermeiras, uma vez que essa omissão pode prejudicar a situação de saúde do paciente em questão, o que pode ser ilustrado nas falas a seguir:

Não tanto que eu queria, porque tem famílias né, que tu sabe que é aquilo... a maioria. Eles falam... eles se abrem comigo coisas que eles chegam aqui e não falam pra enfermeira. Eu depois tenho que vim aqui e complementar o que eles falaram aqui... retocar (ACS 9).

Eu acredito que sim. Porque, ahn, eu já sei assim, muitas coisas pessoais, sabe, coisas assim, da pessoa mesmo, que as pessoas me contam, ahn... às vezes eu tenho algumas visitas assim às vezes que chega na hora de tu escrever a FAA, até fica complicado, porque a pessoa acaba contando tanta coisa pessoal, que tu acaba não achando, "pô, mas eu tenho que colocar nela, o que, alguma coisa assim, do que eu fiz", e acaba ficando uma visita extremamente pessoal. Principalmente o que eu tinha te colocado antes, aquele pessoal depressivo, que tomam medicamento. Não é todos que conseguem fazer acompanhamento, né, com psicólogo, psiquiatra. A gente tem no posto, mas é muita gente ahn dependente. Então tem alguns que ainda não conseguiram ir. E aí acabam fazendo comigo. **Tu vira conselheira deles...** Umhum (sim). Conselheira é difícil né. Eu pelo menos, eu tenho muito medo de dar conselho, então, parto do princípio de ouvir né (ACS 11).

Percebe-se, no quesito confiança da comunidade no ACS, que tal profissional possui uma imagem e um papel de amigo e até mesmo de conselheiro de algumas pessoas, indo além da figura profissional.

Tu vai fazer uma visita... tem famílias que me expõem problemas assim que nem precisava me expor né. Não é... não tem nada a ver com o assunto, mas não... tem confiança, eles tem liberdade de conversar comigo né, e colocar os problemas, dizer "o que tu acha?", "que que eu posso fazer?", "o que eu não posso fazer?". Então eu acho que dessa maneira, sim (ACS 10).

Há, por outro lado, a questão da confiança do agente nas informações que as pessoas lhe dão. Quando se trata de informações de saúde, os agentes podem confiar na maioria dos seus "pacientes", mas não necessariamente nas informações por eles dadas. Há os que exageram suas histórias, há os que tentam omitir informações e há aqueles que se enganam. Assim sendo, os agentes de saúde lidam com esses erros, que tanto podem ser cometidos com ou sem intencionalidade.

No entanto, os ACS relatam que, em função de conhecerem tão profundamente as realidades dos integrantes de suas comunidades, é possível perceber quando tais situações ocorrem, contemporizá-las e até mesmo corrigi-las.

O convívio cotidiano permite isso:

Eu acho que sim, porque já são, puxa vida, já são... seis anos de namoro (risos) né, então tu conhece assim... às vezes quando tu já chega ali, tu já vê que a pessoa tá passando por ti e tu já percebe assim, entendeu? Então assim, não tem como... claro, existe alguns dados, assim, que se a pessoa não quiser falar pra você, tu tem que respeitar. Tu sabe disso melhor do que eu, qualquer questão de trabalho... mas no geral assim, as informações que eles me passam, porque eu conheço a vida deles, tudo tranqüilo. Sabe assim, há uma confiabilidade da tanto da minha parte com eles como eles comigo, sabe? É bem assim, bem recíproco né, nosso relacionamento (ACS 1).

Eu confio no que eles... às vezes eles dão informações errada mas não por intenção, porque se atrapalham entende? Eles... às vezes eles podem me dizer que tão tomando corretamente o medicamento, se eu vou lá conferir, eles podem não tá tomando por ser analfabeto... por ser idoso com dificuldade de raciocínio... não conseguir fazer direito o que eu pedi pra eles... mas eu acho que eles... tu mantém assim, uma linha de sinceridade comigo e eu com eles (ACS 8).

Ai, como é que eu vou te dizer? Tem casos e casos, né. Mas a grande maioria dá pra acreditar. Tem uns que já... enrolaram, mas tá na cara que a gente veja que não é aquilo ali. Então tu vai muito do convívio de cada pessoa né. Aí tu vai ver se eles tão... mas a grande maioria tu pode acreditar (ACS 9).

Na maioria sim. São... alguns eu já sei que às vezes enfeitam ou que não... ou que não contam determinadas coisas que deveriam ter contado. Mas tu sabe que sempre tem um vizinho pra... então, né, eu tento, juntar assim as duas coisas, mas a maioria é confiável, principalmente quando é coisa pessoal (ACS 11).

É assim ó, às vezes tem gente que tu vê que é meio exagerada e... mas com o tempo assim tu vai indo, tu vai conhecendo melhor, tu vai te entrosando com aquela... né, com aquela... (ACS 12)

Entretanto, há situações referidas em que não é mesmo possível confiar nas informações concedidas pelas pessoas. Em geral, são ocasiões que envolvem uma atividade que não faz parte do rol oficial de atividades do trabalho do ACS, como o cadastramento de pessoas para os programas sociais ofertados pelo Governo Federal – Bolsa Família, por exemplo. As pessoas, em busca do beneficiar-se com tal recurso, mentem, omitem e sugerem que o ACS assim também o faça, conforme o que se observa na situação relatada abaixo:

Teve uma assim na minha área. Ah, na época eu fiz a bolsa família pra ela, ela tinha a renda bem baixa. O marido dela era..., sabe? E ela trabalhava assim... e ela fazia jóia. Daí eu disse “não, eu vou fazer a bolsa família pra ti, porque daí tu... precisa”. Mas ela também era minha colega, mas eu disse “não, eu vou fazer pra ti porque tu precisa”. Agora ela tá bem... ela juntou com esse cara... o cara trabalha na prefeitura, acho que é... trabalha em... ai

como é que diz quem arruma carro... **na manutenção?** É. Daí, ele tá ganhando bem né. Ela também ganha super bem, e a renda dos dois dá... é bem alta. Eles tem moto, tem um monte de coisa, então... aí um dia nós tava conversando, tava eu, a mãe dela e ela, daí a mãe dela começou a dizer assim, que ela não recebia por culpa da agente comunitária. Olha, do que que eu tenho culpa. A gente passa, entrega lá, eles que digitam e quem... e daí se ele... se essa pessoa falta em alguma coisa lá que eles decidem né. Daí chegou uma parte dessa filha dela que tá com uma renda superior e... daí ela assim “ai, decerto tu vai vim fazer a atualização”. Como eu não sei mentir, e eu não gosto de mentira, não gosto nada, eu sou franca né, eu disse “não, pela atualização dela ela vai perder, ela tá com a renda maior”. Aí a outra assim “tá, tu não pode mentir? Tu não pode tirar ele e colocar só eu?”. Eu disse “não! se ele tá junto contigo, vocês tão vivendo na mesma casa, como é que eu vou mentir? Quer dizer, acontece alguma coisa aqui, eles vão vim pra cima de mim, não em ti. E mesmo que eu coloque só tu, a tua renda também é alta pra ti e o teu filho. Então... não tem condições”. Daí a mãe dela assim, “pois é, amiga vem dentro da casa”, né, que era eu, ia dentro da casa dela tomar cafezinho na casa da amiga, e a amiga não ajuda. Daí ela assim pra mim “é, se eu fosse eu a agente comunitária, eu ajudava todo mundo”. Ela bem assim pra mim. Daí eu assim... daí eu assim pra ela, “olha eu acho que a sinceridade a gente tem que ser sempre. Que que adianta eu fazer pra um e não fazer pra outro? Tem que fazer pra quem merece, pra quem precisa. Eu vou deixar pra ti que tu não precisa?”. Eu sei que essa mulher falou de mim pela rua todinha, todinha. Assa, isso é que me desanima, sabe? (ACS 7)

Esse tipo de situação, embora o ACS tenha agido de forma correta, mina o relacionamento dele com aquela família, em especial, e abala com algumas outras. É fácil entender porque esses cadastramentos são atividades repassadas aos ACS: eles conhecem as pessoas e suas vidas, porque convivem com elas. Mas, por outro lado, essas pessoas nem sempre conseguem discernir o lado pessoal do profissional, especialmente quando seus interesses estão em jogo e podem ser prejudicados, pressionando os agentes e abalando-os.

5.4.26 A dependência e o reconhecimento da comunidade

Esta categoria inicial reflete sobre a dependência que a comunidade cria sobre seu agente de saúde, e o conseqüente reconhecimento (ou não) da atuação do mesmo.

De acordo com os ACS entrevistados, as comunidades são desunidas, e as pessoas de lá se apegam aos agentes (vistos como referência), criando uma situação de dependência dos mesmos. Assim, o que é para ser um trabalho de orientação, de prevenção e promoção de saúde, acaba tornando-se, em parte, uma atuação assistencialista, muito em função do caráter solidário dos ACS, que gostam de e buscam por ajudar a quem precisa, como já referido anteriormente.

O que decorre da dependência então? As pessoas tornam-se cada vez mais exigentes, cobrando mais e até mesmo ações que não fazem parte do papel do agente de saúde.

E a gente que trabalha com uma comunidade carente, ela... eles se apegam muito na gente. E foi o que eu notei assim que... que eles tem... tem gente assim que são às vezes dependentes da gente demais, pra tudo. Então a gente também tem que trabalhar isso, sabe? Eles mesmo “tu é capaz de agendar uma consulta, tu tem esse direito de ir lá marcar, tem ficha sobrando pra ti”. A gente tem sempre que tar trabalhando com eles em todos os aspectos. Tudo quanto é gente tu tem que tá trabalhando neles. Mesmo tu se sentindo útil, mesmo que eles tão vindo até a ti, mas tu tem que orientar eles, que eles não precisam ser tão dependentes de ti. E também tem aquelas situações que às vezes a gente gostaria que eles viessem até... avisar a gente de alguma coisa que aconteceu na família, e eles não vieram, e a gente fica sabendo por outros ciclos, por terceiros, assim, que aconteceu algo (ACS 3).

A maioria consegue (andar sozinha). Mas tem que puxar muita gente. Tem que ir lá e dar uma mão pra seguir o barco. Senão, eles... vão pro fundo (ACS 6).

Este ponto interfere, de forma contundente, na percepção que a comunidade tem do ACS. Como as pessoas da comunidade tendem a querer receber seus direitos, sem necessariamente fazerem o esforço necessário para adquiri-los, elas transferem a responsabilidade para o agente. Assim, o agente de saúde, várias vezes, torna-se uma pessoa que marca consultas, que busca as crianças para serem vacinadas, que traz da unidade de saúde e entrega a medicação em casa, e tudo isso em detrimento do seu real motivo de trabalho, que é orientar, avaliar, promover ações preventivas em saúde, acompanhar o desenvolvimento de suas famílias.

Se, por acaso, o ACS não consegue resolver algum ponto, se não consegue o agendamento de uma consulta, um carro para transporte ou se a família não é contemplada com um benefício público, invariavelmente a culpa é atribuída a ele, mesmo que ele não tenha parte relevante no processo. Ou seja, a dependência, proposital ou não, está intimamente ligada ao reconhecimento do agente de saúde por parte da comunidade.

Muito (acomodada). Muito, muito, muito. Eles só querem. Só querem receber. Eles não querem doar nada de bom. Muito, muito. Eles falam “eu tenho direito”. Direito, direito. Mas às vezes eles tão fazendo as coisa que não... não é do direito que tão fazendo as coisa. Como... um exemplo, a gente marca uma consulta, o paciente não vem na consulta, aí depois “ó, marca de novo pra mim”. “Ah, não é assim. Tu teve teu direito de ir né. Tu perdeu, agora vamo dar o direito pra outra pessoa”. Aí é onde tu é xingado, onde... eles falam mal de ti, não adianta né (ACS 13).

É interessante observar que há diferença nas falas de agentes das equipes de PSF e do PACS.

Os agentes de saúde dos PSFs sentem-se reconhecidos por suas comunidades, embora percebam o comodismo e a falta de união delas. Por sua vez, os agentes do PACS ressaltam que a dependência é uma realidade, e que as famílias os reconhecem se eles conseguem dar ou fazer algo que as pessoas queiram, conforme as falas a seguir:

Às vezes... tem certos... certos casos que sim, certos casos que não né. É aquilo assim ó, quando tu consegue fazer alguma coisa de útil, pra ajudar eles, aí tu sabe como é que é né. Aí eles amam, eles adoram... te agradecem. Mas já se tu não consegue uma coisa, aí já fica meio... (ACS 10)

Às vezes sim, e às vezes não. Às vezes sim e às vezes não. Quando eles reconhecem, é quando tu dá alguma coisa pra eles. Daí eles te reconhecem. Agora, quando tu não consegue dar pra eles, "pra que que... pra que ter agente de saúde se tu não conseguiu fazer?". Né. E às vez não é por culpa nossa. Às vezes é por culpa própria deles... Reconhecer, reconhece quando tu pratica alguma coisa que eles queiram. Porque quando tu não consegue fazer... então é assim, porque agente de saúde... não faz nada né... (ACS 13)

Mais uma vez, defende-se a idéia de que essa variação das percepções seja em função das diferentes estruturas que PACS e PSFs têm para acolher as necessidades e desejos das comunidades, como já abordado anteriormente, em outra categoria inicial.

5.4.27 Participação na comunidade

Esta categoria inicial trata da participação dos agentes em outras entidades das suas comunidades, além da equipe de saúde e dos grupos de acompanhamento em saúde (diabéticos, hipertensos e gestantes).

Foram consideradas como entidades as igrejas, clubes de mães, pastoral da saúde, pastoral da criança, associações de moradores, dentre outros.

Observou-se que há, da parte de alguns ACS, uma certa participação, embora pequena, em algumas instituições ou atividades sociais. A maior freqüência das participações se dá nas igrejas, de diferentes confissões e denominações.

Eventualmente, os agentes de saúde manifestam interesse em participar mais ativamente de outras esferas da comunidade, mas não se percebe uma real persistência de intenção nos seus discursos, conforme o que segue:

Não. Até eu digo assim, que eu sou muito anti-social, por esse lado né? Mas não, eu participo assim de alguns grupos de jovens, mas não de... faço encontros assim, mas não é aquela coisa assim, não é dedicação que nem tem um trabalho, uma coisa assim, não. Não é uma dedicação (ACS 2).

Eu só participo no grupo religioso assim. A gente vai nas promoções que tem na igreja, mais, assim, dentro da comunidade... clube de mães tem, mas eu não participo. **Nem associação de moradores?** A gente, acho que até a associação tá meio fraca, sabe? Mas agora parece que vai mudar, daí a gente... eu participei no começo, agora deixei... talvez em função da minha faculdade, que eu tô fazendo. Mas eu participava também (ACS 4).

Não. não, porque ali não tem clube de mães, né. Onde eu moro. Só tem aqui no São Francisco. E no São Francisco nem as gurias daqui vão, então... é uma coisa assim que eles não convidaram... a gente não tem uma... um espaço aberto pra chegar ali e entrar... **E nem uma tentativa de abrir?** Nem uma tentativa de abrir (ACS 6).

Não, não participo. Um porque o clube de mães, tentaram abrir, não conseguiram, né, várias vezes, então ele não funciona direito. Uma hora funciona, outra hora não funciona... agora até tem uma meia dúzia assim fazendo cursinho de pintura, mas não é nada de clube de mães. E as missas acontecem uma vez por mês, mas eu não sou muito fã. Daí quando eu vi, já passou a hora, já passou... e é no sábado, dia de fazer a minha faxina né, das minhas coisas e eu não... não participo (ACS 10).

Cabe referir que os agentes que demonstram mais interesse em participar são, em maioria, vinculados ao PACS. E, uma vez mais, a ideia de que as estruturas do PACS e dos PSFs podem ser uma razão. Enquanto as equipes de saúde da família têm unidades de saúde de referência dentro da própria comunidade – para onde as pessoas podem se dirigir e encontrar a equipe –, os agentes do PACS tem como referência o Posto de Saúde Central, localizado no centro da cidade, destinado a qualquer cidadão, ou seja, não há vínculos tão fortes em torno do espaço do posto de saúde e das relações que advém, dele.

Talvez a maior intencionalidade dos agentes do PACS em organizar e participar mais das demais entidades das suas comunidades advinha da necessidade de uma maior inserção nas mesmas e de fortalecimento de vínculos existentes.

5.4.28 O SUS melhor

Tal categoria inicial envolve as percepções que os agentes de saúde têm sobre o Sistema Único de Saúde – SUS – e sua organização.

Ah, eu não entendo muito sabe, do sistema mesmo. Mas tem algumas injustiças que eu acho, outras coisas eu acho corretas, mas eu acho assim ó, aquele negócio que o SUS é legal, eu acho mesmo que o SUS é legal.

Porque as pessoas assim ó, pagam uns planos de saúde caríssimos, e não tem retorno quase pouca coisa. E o SUS tá sempre procurando entendeu? O SUS é o único plano de saúde, no caso a Previdência que cobre, mais nenhum plano de saúde, que... que assim te dá um... entendeu? Tu vê que reclama e explica porque que tá assim, entendeu? Se é uma outra coisa, uma outra particular, ai, é aquela guerra, aquela coisa, tu paga mas tu não tem direito, tu... entendeu? Tu não tem direito a isso, tu não tem direito a aquilo, tu não tem direito a aquilo outro, fica aquela coisa. Mas eu acho que o SUS é legal mesmo (ACS 2).

Em geral, os ACS percebem uma melhora gradual e lenta do sistema de saúde, e conseguem traçar uma comparação com o que os órgãos de saúde suplementar (convênios) oferecem. Observam que o SUS tem melhorado o acesso à atenção em níveis de maior complexidade, como exames especializados e tratamentos de alto custo. Em contrapartida, os agentes também criticam a atenção básica, as injustiças e privilégios, a falta de algumas especialidades determinadas para o município de Torres/RS – traumatologia, cardiologia, dermatologia, por exemplo, sendo este último principalmente em função da temporada de verão –, criticam a falta de valorização dos principais de saúde e com o desconhecimento dos recursos financeiros que vem e sua destinação, aspectos estes que eles consideram que poderiam ter maior participação no processo de debates e de decisão.

Assim sendo, embora haja a percepção de que o SUS esteja melhorando, há, ainda, um longo caminho a ser trilhado, de forma que nosso sistema de saúde seja realmente acessível a todos, justo e equânime.

É preciso considerar, entretanto, que os agentes entrevistados, talvez em função do seu espaço de atuação, têm uma visão pontual do sistema de saúde. É uma percepção que limita-se às questões locais, aos problemas e resultados referentes às comunidades e aos municípios.

Além disso, embora façam referência aos sistemas de informação (SIAB, HiperDia, CadSus,...), os agentes restringem-se ao fornecimentos das informações como dados que são cobrados pelo Ministério da Saúde, e só o mesmo vai utilizar. Não há questionamentos sobre a utilidade dos sistemas de informação e, assim como neste caso, não há questionamentos sobre as intenções e sobre as políticas de saúde para o país e, conseqüentemente, para as regiões, estados, municípios e, em seguida, para as comunidades. É uma visão pontual e, quiçá, imediatista, apegada à comunidade, o que transfere o entendimento do que é o SUS como um todo para o que a Secretaria Municipal de Saúde e o Posto de Saúde Central estão fazendo.

Em suma, os agentes de saúde não conhecem realmente e profundamente o SUS, embora sejam profissionais de saúde que possuem uma visão muito ampla e generalizada sobre o que é saúde e seus fatores condicionantes.

5.4.29 A má vontade e o empurra-empurra

Mais crítica e denúncia do que simples constatação, esta categoria inicial é praticamente uma repetição dos comentários já manifestados pelos agentes entrevistados, descritos em uma categoria inicial anterior.

Os agentes comunitários de saúde envolvidos nesta pesquisa acreditam que, dentro do sistema de saúde, há, por parte de vários de seus profissionais e colaboradores, má vontade para atendimento dos usuários e para a resolução das demandas, além de um “jogo de empurra”, caso em que não há alguém que se responsabilize por uma ou outra atividade e, conseqüentemente, esta deixa de ser realizada, e, desta forma, além de retardar a prestação do serviço, prejudica o usuário e onera o sistema de saúde.

Tal percepção pode ser retratada nas falas a seguir:

Então nessa questão assim, do SUS, do atendimento, como... o que às vezes acontece é a má vontade das pessoas né. Existem coisas... é má vontade das pessoas até às vezes fazer com que este sentimento seja melhorado, entendeu? Não é que eu... às vezes falta... eu acho assim, sabe, de coração, é a falta de vontade das pessoas. Porque tem às vezes aquele recurso na mão, do SUS, e de repente não oferecem bem pra comunidade, pras pessoas. Parece que fica retendo, ou às vezes, tipo... criando... sabe... (ACS 1)

Ah, é um empurra-empurra, é um hoje não pode, amanhã vai, a pessoa vai, espera, fica naquela fila enorme, quando chega na vez da pessoa, não é atendida, por vários motivos, e a pessoa vai indo... se sentindo um lixo né, eu acho(ACS 9).

5.4.30 A falta de estrutura e as cobranças

A última categoria inicial refere-se também à organização do Sistema Único de Saúde, mas com uma visão bastante crítica do que se cobra do ACS e do que se oferece para que ele possa desempenhar bem sua função.

Exige-se do agente de saúde uma visão macro da comunidade, uma visão generalista, de forma que se consiga atender ao princípio legal da integralidade. No entanto, a oferta de serviços e o atendimento fragmentam os indivíduos, ao tratarem

de doenças e problemas específicos. Exige-se que o ACS dê orientações e aconselhe suas famílias a procurar por atendimento, mas faltam vagas/fichas para consultas, tanto nas clínicas básicas quanto em média e alta complexidade. Espera-se que o ACS controle se os pacientes estão seguindo corretamente os tratamentos prescritos, mas falta medicação nas unidades de saúde. Do agente se cobra equidade nas relações com as pessoas de sua comunidade, mas ele percebe que o mesmo não ocorre no resto dos serviços do sistema, quando as pessoas são mal atendidas (ou não atendidas); quando há o favorecimento de alguns em detrimento de outros; quando morrem pessoas aguardando em listas de espera.

É, é que assim. Eles deixam bem claro pra gente qual o trabalho do agente de saúde. Só que a gente tenta fazer esse trabalho porque a gente não tem como fazer, que eles não disponibilizam pra gente fazer o que eles querem. Então é muito fácil dizer pra gente fazer isso, só porque tu não me dá o material que eu preciso pra fazer. E daí depois, quando acontece alguma coisa, os relatórios não vão em dia, ou o município não atinge a meta, é muito fácil dizer que os agentes de saúde não tão fazendo a parte deles. Tu entende? Só que eu acho que pra tu ser um agente de saúde tu também... tu não pode deixar que isso te abale, tu tem que sempre pensar que uma... tu tem que ter esperança que um dia vai melhorar, que um dia o sistema de saúde vai funcionar. Um dia vai mudar a secretaria da saúde, e eles vão dar valor. Porque na verdade eles não tem consciência da importância do agente de saúde. Não tem noção (ACS 5).

Porque eu acho assim ó, eles exigem coisas de nós que tem que ser feito aquilo ali praquela dia, que tem que... sabe? e tem coisa assim que ELES não... não oferecem. Que nem assim ó, medicações. Os medicamentos faltam. Aí... ahn... aí eles dizem assim... aí a gente tem que orientar a pessoa pra tomar, tem que isso, mas não tem. Eles não tem dinheiro pra comprar. Então o meu trabalho às vezes fica... faltando, por causa de... né, não tem... às vezes não tem médico suficiente pra, né, pra atender todo mundo (ACS 12).

É por essas observações que os agentes de saúde são tão contundentes em suas críticas à organização e às condições do sistema de saúde, embora eles mesmos tenham dito que este está melhorando continuamente.

Embora os ACS não tenham descrito formalmente e em detalhes os princípios que norteiam o SUS, eles percebem claramente que alguns não são cumpridos, como por exemplo: a universalidade de acesso é teórica, pois nem todos conseguem ser atendidos realmente, mesmo tendo direito de; a integralidade, enquanto garantia de continuidade da atenção em qualquer nível também não é respeitada; a igualdade e a equidade também não são, enquanto se observar pessoas sendo “apadrinhadas” ao passo que outras morrem esperando por atendimento; a intersetorialidade é rompida, uma vez que as entidades não se comunicam e não

atuam juntas em função de objetivos comuns. Há, realmente, um longo caminho a ser trilhado.

5.5 As Categorias Intermediárias

A partir das trinta categorias iniciais, fez-se a etapa de derivação das categorias intermediárias. A seguir, apresenta-se a tabela de derivação das mesmas, e após, a análise dos dados, conforme o que segue:

Quadro 11 – Processo de derivação das categorias intermediárias

Nº	Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias
1	Motivos para o trabalho	I - O Trabalho de ACS
2	Um oceano de atividades	
3	Percepções sobre o trabalho	
4	Papel e limites	
5	ACS como raiz e a dependência da comunidade	
6	O reconhecimento das pessoas	II - Fontes de Prazer
7	Ser útil e poder ajudar	
8	As crianças	
9	Injustiças e desigualdades	III - Fontes de Sofrimento
10	Os problemas e a falta de apoio	
11	A angústia pela não-mudança	
12	Desvalorização e discriminação profissional	
13	Reclamações injustas e falta de compreensão	
14	A morte	
15	A organização do PACS e a do PSF	IV - Organização do Trabalho
16	A organização e o cumprimento das tarefas	
17	Tempo e espaço de trabalho	
18	Material de trabalho	V - Condições de Trabalho
19	Transporte	
20	Uniforme	
21	Dias de chuva	
22	Relacionamento entre equipes	VI - Os relacionamentos internos
23	Relacionamento com supervisão	

24	Relacionamento com a Secretaria Municipal de Saúde	
25	O relacionamento com a comunidade	VII - O ACS e a comunidade
26	A dependência e o reconhecimento da comunidade	
27	Participação na comunidade	
28	O SUS melhor	VIII - O ACS e o SUS
29	A má vontade e o empurra-empurra	
30	A falta de estrutura e as cobranças	

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados

5.5.1 I – O Trabalho de ACS

Quadro 12 – Processo de derivação da categoria intermediária O Trabalho de ACS

Título	Idéias-chave	Categoria Intermediária
1. Motivos para o trabalho	Trabalha-se por gostar de trabalhar, para sustentar-se, para realizar-se, por ser uma questão cultural familiar e como uma forma de ajudar as pessoas.	I – O trabalho de ACS
2. Um oceano de atividades	O trabalho é um oceano de atividades, envolve orientação, controle e uma papelada que sobrecarrega o ACS.	
3. Percepções sobre o trabalho	O trabalho é bom, embora árduo e desgastante; é humanitário, mas pouco reconhecido; envolve responsabilidade e participação na vida das famílias.	
4. Papel e limites	Antes da seleção, não se sabia sobre o papel do ACS e após, mesmo sabendo, não se consegue separar a função de prevenção do ajudar as pessoas.	
5. ACS como raiz e a dependência da comunidade	O ACS é uma raiz para o conhecimento e as informações da comunidade, que se torna acomodada e dependente.	

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados

e até a coisa mais interessante, assim, como experiência que eu gosto de falar que todo mundo falava pra mim me inscrever, e eu, achava que não era aquilo... que profissão é essa? Que agente de saúde é esse, né? Eu não... até que eu fui lá e me inscrevi. Mas eu nem tinha idéia do que era o agente comunitário de saúde, né..Me inscrevi, fiz a prova seletiva, né, que é uma prova escrita e depois a individual e coletiva. Passei. Aí foi quando realmente tudo começou né. Aí começou os treinamentos, né. Aí foi quando a gente começou a entender o que que era o trabalho do agente

comunitário de saúde, que o nosso trabalho é levar a prevenção e informações da comunidade. Aí eu fiquei dentro de uma determinada área, né... que eu tenho as minhas famílias, né, que eu trabalho... no caso, até duzentas famílias, e eu visito essas duzentas famílias, né, durante o mês, levando informações e prevenção pra elas. É assim que começa o trabalho. E depois, conforme vai se fazendo um perfil da tua comunidade, que que é a tua comunidade ... vai ficar conhecido e vai conhecendo ela, tu começa então ver ahnn, o perfil da saúde da tua comunidade. Aí eu começo a ver os diabéticos, tem que relacionar eles, né? Os hipertensos, as gestantes, né... a questão muito importante, que é a questão das vacinas, começar também a ver a lista das crianças que tem né as vacinas, e a partir daí então, assim, gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, e outros casos que podem aparecer na comunidade, como hanseníase, tuberculose... só porque daí a gente não para mais né. Aí assim realmente é... aí não... a gente fica... assim... anh... é um oceano de atividades, né, de coisas assim, que a gente vai sempre aprendendo coisas novas. ah mudou a vacina, lá nós temos um curso pra aprender a forma correta agora de explicar pra comunidade que agora tem uma vacina a mais, que aquela mudou, ficou junto com a outra. Isso é informação, né, o meu trabalho, né, então é informação que eu levo e... e aqui (no posto), começo a trabalhar em grupo e a gente vai se expandindo né... cada vez mais né. E assim, pra mim, como agente de saúde, eu sempre digo que eu falo isso com ... que eu amo muito o que eu faço. De coração mesmo, sabe? Eu não tenho assim, uma coisa... ah, isso eu não gosto de fazer, esse tipo de coisa eu não gosto... ah, eu não gosto de falar, fazer isso pro paciente... não! Pra mim, tudo tudo pra mim é gostoso de fazer, sabe? Desde levar informação, a gente tem que entregar os cartão, tem que fazer alguma coisa às vezes até um pouquinho além..., por exemplo, a parte assim de ahn... ajudar as pessoas. Sabe? Isso a gente nem comenta com os colegas, mas a gente ajuda às vezes assim as pessoas da comunidade em outros papéis, na parte social... às vezes eu ajudo, né? Porque na minha casa eles ajudam e... fazendo assim a gente vai tendo uma comunidade mais saudável, né. Porque o que importa pra nós assim, é quando nós começamos um trabalho com uma pessoa no caso assim, com uma hipertensão, ahn... com uma pressão, 18X12, e hoje a paciente, ela tá 12X8. Tu entendeu? Aquela mãe que tava grávida, que nem sabia o que é pré-natal e que eu fui lá e conversei e ela veio fazer pré-natal, e o bebê nasceu saudável; aquela mãe que eu cheguei lá depois que o bebê nasceu e que não queria amamentar, e com um pouquinho de informação e orientação, e amizade, o carinho, aquela mãe resolveu amamentar o bebezinho que às vezes ela nem tava com vontade de amamentar. Então, acho que é isso que a... isso é... claro, né. Tu deve... tu chega pra nós, por exemplo, tá bem né... CadSUS, Cadúnico, Hiperdia, enfim, tudo... isso acaba passando por agente de saúde, porquê? Porque não tem ninguém melhor que conheça a comunidade como a gente, né. Não existe assim... não existe. Tu quer um perfil, tu quer saber alguma coisa da comunidade... é pra nós, né, porque a gente tá ali no dia-a-dia. Eu sempre digo assim, tem várias privacidades das pessoas né; você senta na mesa, você vê o ambiente, então não tem ninguém que conheça melhor a comunidade do que o agente de saúde né. Não tem assim (ACS 1).

Esta categoria intermediária surge a partir das categorias iniciais 1 a 5, que tratam dos motivos que levam os agentes a trabalhar, as características específicas do trabalho de ACS, suas percepções sobre este trabalho, o papel do agente de saúde e os limites que lhes são apontados e também o fato de os agentes serem um elo de ligação entre a comunidade e o sistema de saúde, uma raiz para o

diagnóstico das comunidades e a dependência que esta comunidade desenvolve em relação aos seus agentes.

Desde sua concepção formal, o trabalho do agente comunitário de saúde está destinado a ser o de elo entre as pessoas e a unidade de saúde; entre as famílias e comunidades e o sistema de saúde do país. São pontos claros e não passíveis de discussão para mudança, uma vez que a este papel cabe o reordenamento de toda uma estratégia de gestão do sistema de saúde brasileiro. A partir da promoção em saúde e da prevenção de doenças e de agravos, reorganiza-se o modelo de atenção à saúde, saindo-se da lógica individual e curativista para uma lógica preventiva e coletiva.

Há, entretanto, que se considerar que o trabalho de agente comunitário de saúde não é conhecido plenamente pela população, e até mesmo pelos próprios candidatos a ACS, uma vez que, conforme as próprias declarações dos entrevistados, antes da seleção, não se tinha conhecimento do que era o trabalho a ser desenvolvido e nem de seus limites. Além disso, a população assistida por tais profissionais também não tem a noção do que cabe efetivamente aos agentes, tornando-se acomodadas e dependentes de suas atuações, exigindo dos mesmos ações além de seus papéis e limites.

O trabalho de ACS, observando-se as falas dos atores entrevistados, talvez seja um tanto contraditório. Por um lado, é considerado bom, humanitário, envolve a busca e a conquista de responsabilidades, o convívio com a comunidade, possibilita adquirir conhecimentos e repassá-los, dá ao ACS a chance de ser um ator de importância perante a comunidade e também perante os gestores, a partir do momento em que ele é detentor e disseminador de conhecimento.

Por outro lado, o agente de saúde é um trabalhador extremamente sobrecarregado. A ele cabem as atribuições definidas pela legislação pertinente e já referidas, além das atividades que são convenientes aos gestores e às comunidades. Alie-se isso à vontade de ajudar ao próximo, que permeia o discurso de todos os entrevistados, e tem-se um trabalhador que vai além do que lhe é imposto e do que lhe é solicitado informalmente, ou seja, tem-se um trabalhador explorado, tanto por seu empregador quanto por sua comunidade de atuação.

No entanto, mesmo tendo aspectos bons e maus a considerar, o trabalho de agente comunitário de saúde, de acordo com as falas dos atores envolvidos na pesquisa, pode estar em conformidade com os motivos que eles mesmos deram para o que os motiva a trabalhar: o trabalho de ACS pode ser realizado por gosto, pela necessidade de busca da sobrevivência e de uma vida digna, por realização pessoal e profissional, e, principalmente, pela possibilidade de se ajudar ao próximo.

5.5.2 II – Fontes de Prazer

Quadro 13 – Processo de derivação da categoria intermediária Fontes de Prazer

Título	Idéias-chave	Categoria Intermediária
6. O reconhecimento das pessoas	O prazer vem quando o ACS é reconhecido pelas pessoas e por outros profissionais.	II – Fontes de Prazer
7. Ser útil e poder ajudar	O prazer do ACS está em ser útil, saber e poder ajudar as pessoas e a comunidade.	
8. As crianças	É gratificante ser recebido pelas crianças e acompanhar seu crescimento e desenvolvimento.	

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados

acho que o pouco retorno que tu tem, mas quando tu vê, sabe? Quando as pessoas te agradecem, quando... por mais que seja desgastante, assim, tu tá na rua e alguém te ataca e “ai, pergunta aquilo um, pergunta aquilo outro”, é uma coisa desgastante, mas aquilo ali tá... que tu vê que dá retorno, tu pergunta, ah, que... as pessoas vão lá atrás de ti, pra ti buscar algum retorno, alguma coisa... e quando tu conseguem, sabe, alguma coisa, quando tu sai, e tu vê que a pessoa tá feliz, que “ai, a minha agente de saúde fez isso pra mim, a minha...”, entendeu? Aquele tipo de pessoa que, aquela coisa que te dá retorno (ACS 2).

Esta categoria intermediária aponta as fontes geradoras de prazer no trabalho dos agentes comunitários de saúde, bem como as formas de manifestação deste prazer alcançado.

O prazer no trabalho dos agentes de saúde vem por meio de pequenas (mas significantes) circunstâncias, como o reconhecimento profissional vindo por pessoas da comunidade e pelos demais profissionais de saúde, através de comentários favoráveis ao trabalho, de questionamentos sobre orientações, de palavras de agradecimento, da busca pelo agente para que venham às suas casas em bons ou

maus momentos. O reconhecimento pessoal também mostra-se de grande importância, especialmente quando as pessoas aguardam pela visita do seu agente e manifestam sua espera e a alegria em vê-lo, e em poder simplesmente conversar com ele. Neste quesito, a atenção das crianças é muito relevante, pois são pessoas cuja espontaneidade demonstra a afeição pela pessoa do agente.

O prazer também surge quando o agente de saúde consegue perceber que suas atividades de aconselhamento, orientação e acompanhamento têm retorno, que as pessoas ouviram suas orientações e as seguiram, obtendo então bons resultados em sua saúde e qualidade de vida.

Esses aspectos trazem aos agentes diversas manifestações do que se pode chamar de prazer, resultantes do trabalho, como os sentimentos de pertencimento (fazer e sentir-se parte das famílias), de utilidade, de gratificação, de satisfação e de vitória, além de manifestações, como o estar bem e a alegria.

5.5.3 III – Fontes de Sofrimento

Quadro 14 – Processo de derivação da categoria intermediária Fontes de Sofrimento

Título	Idéias-chave	Categoria Intermediária
9. Injustiças e desigualdades	O ACS sofre com as injustiças que vê, com os privilégios e favorecimentos dados a alguns e com a desigualdade de atenção.	III – Fontes de sofrimento
10. Os problemas e a falta de apoio	É difícil conviver com problemas e não resolvê-los, por falta de projetos e de apoio de outras esferas.	
11. A angústia pela não-mudança	Angustia pensar que o trabalho não foi feito direito porque depende de pessoas que não mudam e não se ajudam.	
12. Desvalorização e discriminação profissional	Incomoda ser desvalorizado e discriminado profissionalmente pelo nível de formação que o ACS tem.	
13. Reclamações injustas e falta de compreensão	Incomoda a falta de compreensão das pessoas, que mentem e reclamam injustamente.	
14. A morte	Sofre-se com a impotência diante de	

	casos críticos e da morte, que estão fora de alcance do trabalho.	
--	---	--

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados

Ai, a pobreza, a carência. Tem muito. A fome. Pessoas assim, ó, que tu vai, entra, quer resolver, e tu não consegue. Eu já tive várias casas assim ó, que a mãe me fala assim que tá sentindo assim “ah, não tem comida”, daí tu tem vontade de resolver, já assim “ah, vou lá, tentar ligar pra assistente social, ver se eu consigo uma cesta básica”. Mas assim, não é imediato, é demorado. É como eu te falei, a gente não consegue resolver o problema na hora, tudo depende do... de outro órgão. Então, o que mais me deixa triste é ver, entrar numa casa, e ver assim as crianças que tão precisando de um médico, e às vezes não conseguem nem trazer no posto porque não tem dinheiro pra passagem... e também assim a fome, o desemprego, tem bastante... (ACS 4)

Ahn... o que me faz sofrer, às vezes eu vejo... injustiças. Às vezes... é que nem eu te falei, eu me sinto impotente, em saber que poderia ter sido feito mais, mas não foi feito, mas isso não depende só da gente (ACS 5).

Tal categoria intermediária refere-se às fontes de sofrimento no trabalho dos agentes de saúde entrevistados, bem como os sintomas manifestos de sofrimento.

O sofrimento do agente de saúde, de acordo com os atores entrevistados, dá-se, principalmente, pela dificuldade em resolver os problemas que surgem, pela impotência perante as situações que se apresentam, as quais são externas à sua atuação e sua vontade. Essas situações surgem tanto por parte do papel não cumprido do Estado quanto por parte das pessoas que trabalham para o sistema de saúde e aquelas que o utilizam.

Há toda uma situação de exclusão social, manifesta pela pobreza, pelo desemprego, pela drogadição, dentre outros fatores, e ainda é agravada pela falta de ação – talvez até omissão – por parte daqueles que deveriam agir, como o Estado (em sua esfera local, neste caso) e a sociedade civil organizada, uma vez que há falta de mais e melhores projetos e atividades de inclusão e de saúde, bem como de apoio para tanto.

Ainda nesta questão da exclusão, aliando-se o acesso e a atenção nos serviços de saúde, o agente observa os privilégios que são dados a alguns em detrimento de outros, a desigualdade de tratamentos relacionais, o clientelismo existente em um sistema que deveria ser guiado pela igualdade/eqüidade. A este tipo de situação, os agentes entrevistados dão o nome de injustiças. Assim sendo,

torna-se difícil para tal profissional conviver com tais tipos de problema, sem ter como resolvê-los, e ainda aceitá-los.

Em um nível menor, mas não menos importante, os agentes convivem com a sensação de serem desvalorizados e discriminados pelos demais profissionais de saúde e gestores, tanto em função de sua formação quanto pelo desconhecimento do que é o agente de saúde e de sua importância e papel para o sistema de saúde.

Outro ponto de sofrimento alheio à vontade e à atuação dos agentes de saúde diz respeito às pessoas e famílias das suas comunidades. Aos agentes cabem as tarefas de orientar, de aconselhar, de fazer com que as pessoas possam buscar melhorar seu estado de saúde e de qualidade de vida. Estes profissionais são constantemente instigados e cobrados para agirem desta forma, mas nem sempre conseguem atuar assim. Cada pessoa tem uma forma de responder às orientações. Algumas as seguem, ao passo que outras não. Quando a orientação não é seguida, o agente se frustra. No entanto, quando a orientação não é seguida, e o paciente vem a sofrer de um dano grave, aí sim, o ACS sofre sobremaneira, enfrentando a sensação de incompetência, de trabalho mal feito.

Ainda em relação à comunidade, deve-se considerar que o trabalho do ACS é limitado por normas e objetivos pré-estabelecidos, e que nem tudo está ao alcance do mesmo. Assim sendo, várias são as situações em que o agente não pode resolver dada situação, mas a comunidade exige dele um retorno, e se não o obtém, ao ACS restam as reclamações e os perjúrios.

A morte é, também, causa de grande dor e sofrimento no trabalho do ACS, embora não seja tão freqüente. Mais freqüentes são as doenças crônicas, que merecem acompanhamento mais intensivo. Mas a morte, essa traz angústia, impotência, tristeza extrema, haja vista ser uma situação irreversível, muito além de sua capacidade de resolução.

O sofrimento dos agentes entrevistados manifesta-se através dos sentimentos de impotência e de tristeza, pelo choro, pela sensação de angústia, pela impressão de incompetência ao não conseguirem atingir determinado objetivo ou quando acontecem situações que lhe escapam ao controle, e pela dor extrema, esta última diante dos casos de morte e de doenças terminais, quando já existe um envolvimento afetivo bastante grande com os pacientes.

5.5.4 IV – Organização do Trabalho

Quadro 15 – Processo de derivação da categoria intermediária Organização do Trabalho

Título	Idéias-chave	Categoria Intermediária
15. A organização do PACS e a do PSF	O PSF é bem organizado, enquanto a organização do PACS é complicada.	IV – Organização do Trabalho
16. A organização e o cumprimento das tarefas	As tarefas são dadas ao ACS, e depende dele a sua organização e o seu cumprimento.	
17. Tempo e espaço de trabalho	A casa é uma extensão do tempo e do espaço de trabalho do ACS.	

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados

Eu acho que é uma coisa que depende muito do agente. Porque as nossas tarefas são dadas, né, a gente sabe as nossas tarefas, só que o cumprimento delas e a parte de organizar, isso vem do agente (ACS 5).

Tipo... às vezes é bem organizado, às vezes não... depende o... sabe, depende o... que tem coisas que vem em cima, então a gente chega... na hora, chega coisa atrasada... tudo depende. Tem épocas assim que tá tudo bem, eu até não tenho muita coisa a reclamar porque... quando atrasa eu posso vim no posto e resolver na hora, então, não tenho muita... mas tem esse problema de chegar uma coisa que já passou... sempre tem... ou de um prazo que tá muito em cima (ACS 12).

Organização? Ah, bem complicado. É bem complicado. **Como assim?** A gente tem muita coisa pra fazer, o agente de saúde. Tem muita coisa (ACS 13).

Esta categoria intermediária aponta a organização do trabalho do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, o planejamento e a organização das atividades feitas pelos próprios agentes, o alcance das metas determinadas e a questão dos tempos e espaços de atuação.

É interessante observar que existe uma grande diferença na percepção dos agentes em relação ao processo de organização da equipe do PACS e das equipes de PSF. Para os agentes entrevistados, as equipes de PSF parecem ser melhor organizadas e ter uma estrutura melhor, afinal, eles dispõem não apenas de uma unidade de saúde de referência dentro ou muito próxima da comunidade, mas

também dispõem de um carro próprio para tanto e de uma equipe básica de saúde, a qual pode dar suporte às demandas que surgem. Assim, grande parte dos problemas em saúde podem ser efetivamente resolvidos no local. Para os agentes do PACS, a situação é um tanto mais difícil, uma vez que a estrutura disponível não é a mesma, e nem pretende ser. Não se dispõe de uma unidade de saúde próxima das comunidades, não se dispõe de carro e a equipe de saúde resume-se aos agentes e à enfermeira supervisora. Assim, a capacidade de resolução de problemas dentro da comunidade é mínima, muito menor do que nas demais equipes. Tal situação interfere sobremaneira na percepção da organização das equipes por parte dos agentes de saúde.

Em relação ao próprio trabalho, é interessante referir que existe autonomia nos processos de organização das tarefas diárias, bem como flexibilidade de horários, independentemente do programa ao qual os agentes estão vinculados (PACS ou PSF). É importante, porém, não confundir autonomia e flexibilidade com liberdade. Assim como o agente comunitário de saúde pode decidir quantas e quais famílias vai visitar no dia seguinte, e pode definir se vai fazer oito visitas ou oito horas de trabalho por dia, ele tem metas a cumprir no mês.

A flexibilidade de horários também não pode ser confundida com liberdade. Uma vez que o agente mora na comunidade onde trabalha, ele se torna um profissional de referência vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, sem folgas, sem finais de semana e sem férias, afinal, o ACS é constantemente procurado pelos membros da comunidade.

Assim sendo, o agente de saúde tem limitações que lhes são impostas pelo seu empregador, como também possui exigências feitas cotidianamente pela sua comunidade, fatos que fazem com que seu tempo pessoal e sua casa tornem-se extensões do espaço e tempo do trabalho. E todos, todos eles, declaram estar sobrecarregados de tanto trabalho, de tanto papel a preencher.

5.5.5 V – Condições de Trabalho

Quadro 16 – Processo de derivação da categoria intermediária Condições de Trabalho

Título	Idéias-chave	Categoria Intermediária
--------	--------------	-------------------------

18. Material de trabalho	Faltam livros de orientação e alguns materiais de trabalho, mas se tem as fichas.	V – Condições de Trabalho
19. Transporte	Não há vale-transporte, e há dificuldade de se usar o carro para deslocarem pacientes ou vê-los em casa.	
20. Uniforme	Os agentes têm e não têm uniforme, e estão se organizando para pagar por um.	
21. Dias de chuva	Em dias de chuva, não se faz visitas, ou se fica em casa ou se vai para o posto, para trabalho interno.	

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados

As minhas condições... é assim... a gente assim... eu acho muito cansativo o meu trabalho (ACS 4).

Esta categoria intermediária refere-se às condições de trabalho impostas aos agentes comunitários de saúde, e engloba fatores como a distribuição de materiais de trabalho e de uniformes, as dificuldades de transporte, além dos dias de chuva como empecilho para o trabalho.

As questões pertinentes às condições de trabalho são manifestadas pelos agentes entrevistados também como uma forma de desvalorização de seu trabalho e da importância do mesmo.

Na visão dos agentes envolvidos na pesquisa, a falta de materiais impede a continuidade do trabalho; a falta de livros e materiais informativos pode acarretar em insegurança pelo desconhecimento e também na transmissão errônea de orientações às famílias, bem como do preenchimento dos relatórios cotidianos.

Para eles, a falta de uniforme revela um descaso para com a figura institucional do agente comunitário de saúde. Para os agentes, o uniforme, além de ser uma forma de economizar roupas no dia-a-dia, é uma maneira de identificação, de atribuição do papel ao ator ACS.

A ausência de carro para as visitas e deslocamentos, bem como a não cessão de vales transporte, além de empecilhos ao trabalho, são consideradas também como formas de descaso para com o agente e seu trabalho. Mesmo encontrando soluções paliativas, como o uso de bicicletas próprias, ou o

deslocamento via ônibus escolar, os agentes percebem esta deficiência e a questionam, considerando-na como modo de desvalorização.

Além disso, os dias de chuva. Como trabalhar a pé, em dias de chuvas intensas? Como ir às casas, mesmo que sejam próximas, sem correr o risco de voltarem encharcados para casa, sem correrem o risco de adoecimento? Não há carro para transporte. Não se recebe vale transporte. As visitas domiciliares na comunidade são todas feitas a pé. Não se recebe, ao menos, guarda-chuvas, capas de chuva, botas. Bem, chega-se a uma solução paliativa, novamente. Faz-se o trabalho interno, chamado pelos agentes de trabalho burocrático – ou a papelada –, trabalho este que nem mesmo os agentes consideram como trabalho, uma vez que as metas não diminuem por causa dos dias de chuva.

E assim, os agentes comunitários de saúde entrevistados, por meio de suas falas e questionamentos, consideram suas condições de trabalho como formas de desvalorização do mesmo.

5.5.6 VI – Os relacionamentos internos

Quadro 17 – Processo de derivação da categoria intermediária Os relacionamentos internos

Título	Idéias-chave	Categoria Intermediária
22. Relacionamento entre equipes	O relacionamento entre as equipes PSF é entrosado, entre agentes do PACS teve crises, entre agentes de PACS e PSF não existe mais.	VI – Os relacionamentos internos
23. Relacionamento com supervisão	O relacionamento com as enfermeiras supervisoras em geral é bom, mas há atritos e dificuldades de vez em quando.	
24. Relacionamento com Secretaria Municipal de Saúde	Embora se tenha maior liberdade com o novo governo, o relacionamento com a SMS é de pouca intimidade e há falhas de comunicação.	

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados

É bom. A gente... cada uma fica na sua assim, ninguém se mete na vida de ninguém. Quando a gente tem que dizer alguma coisa a gente diz é na cara

mesmo às vezes. Às vezes, nem sempre. Mas cada um procura ajudar o outro. Aqui é bom (ACS 7).

Assim ó. O nosso relacionamento com a secretaria de saúde é precário, eu diria assim (ACS5).

Eu acho que é bom, a gente não tem muita intimidade com eles, só em congressos, convenção, essas coisa assim. Mas a gente lida direto com a enfermeira, que é a supervisora né (ACS 8).

Esta categoria intermediária trata das várias relações existentes internamente no trabalho do agente de saúde. É interessante observar a gama de relacionamentos que existem no âmbito da estratégia de saúde da família. Surgem relacionamentos entre os indivíduos de uma mesma equipe, entre indivíduos de equipes diferentes, entre indivíduos das equipes da estratégia, com a supervisão da equipe, com a Secretaria de Saúde, e também entre equipes.

Em geral, os agentes crêem que os relacionamentos existentes são bons, mesmo havendo discordâncias e momentos de crise, os quais são consideradas naturais; crêem que neles deve haver respeito e reciprocidade; sabem que relacionamentos saudáveis são importantes, mas observa-se que alguns aspectos problemáticos existem, como a competitividade entre as diferentes equipes (fato que não parece ser tão saudável quanto deveria, pois não se observa nas falas uma busca por ajudar outras equipes, mas sim uma busca por reconhecimento da própria), as falhas de comunicação nos vários níveis de relacionamento, considerando-se neste quesito a centralização da comunicação e das decisões na figura das enfermeiras supervisoras (em especial nas equipes de PSF) e a dificuldade de se obter uma homogeneidade na transmissão de informações por parte dos trabalhadores da secretaria de saúde, fatos que dificultam a atuação dos atores investigados.

Mas, por outro lado, observa-se cooperação entre membros de uma mesma equipe, observa-se uma autonomia de ações maior entre agentes do PACS, e um relacionamento bastante aberto, cordial e amigável entre os agentes de saúde e o secretário desta pasta, denotando o respeito pessoal entre ambos.

5.5.7 VII – O ACS e a comunidade

Quadro 18 – Processo de derivação da categoria intermediária O ACS e a comunidade

Título	Idéias-chave	Categoria Intermediária
25. O relacionamento com a comunidade	Procura-se manter um relacionamento bom, respeitoso e de confiança mútua com a comunidade.	VII – O ACS e a comunidade
26. A dependência e o reconhecimento da comunidade	A comunidade se torna dependente e acomodada, e reconhece o ACS quando ele consegue fazer ou dar o que ela quer.	
27. Participação na comunidade	Há participação e parcerias com projetos, igreja, associações de bairros, CPM, clubes de mães.	

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados

Bem. Agora quando eu saí, os três meses que eu fiquei fora, que quando eu voltei assim né, que eu vi o quanto que eu era querida na comunidade. Que eles vieram... até o pessoal das outras gurias... vieram, me cumprimentavam, me abraçavam e... Daí assim a gente vê de quanto que a gente né, faz bem assim, na comunidade (ACS 9).

Esta categoria intermediária diz respeito à relação que os agentes de saúde mantêm com suas comunidades, englobando aspectos como confiança, acolhimento, reconhecimento, dependência e participação do ACS em outras entidades além da equipe de saúde de referência.

Não é possível olvidar que o agente comunitário de saúde possui uma característica de hibridismo, uma vez que é, ao mesmo tempo, membro de uma equipe de saúde e morador de uma comunidade que é usuária dos serviços dessa equipe. Assim sendo, o ACS possui diversos papéis: parente, vizinho, conselheiro e confessor talvez, representante do poder público, referência da unidade de saúde e do próprio sistema de saúde. Enfim, agente comunitário de saúde, um ator sui generis.

Por todos os papéis que interpreta, o ACS lida com situações que envolvem a forma de acolhimento por parte das famílias, que envolvem a confiança depositada nele e a reciprocidade desta confiança, que envolvem sigilo, anonimato e ética. Entretanto, o agente de saúde envolve-se também em questões mais práticas, como o acesso aos serviços de saúde e aos benefícios a serem concedidos aos cidadãos, como a resolução de casos problemáticos, de transporte, de encaminhamentos, de tratamentos. O agente também deve participar ativamente das demais esferas da

comunidade e desenvolver na mesma uma capacidade de diagnóstico, de argumentação e de articulação, de forma que sua saúde e qualidade de vida, em níveis coletivos, sejam alcançadas.

Graças a todas essas características profissionais e às situações que se apresentam aos agentes de saúde, forma-se uma imagem à comunidade de um ator dotado de uma capacidade ímpar de resolução e de decisão, o que não necessariamente é uma imagem real. Cria-se um monstro, a comunidade desunida, acomodada e dependente em excesso, que se recusa a procurar a unidade de saúde para marcar uma simples consulta e, que, ao ter sua vontade negada, une-se, para voltar-se contra o trabalhador que ali está para auxiliar.

Há, porém, que se traçar uma crítica à participação dos agentes de saúde na vida ativa da comunidade. Embora alguns agentes entrevistados tenham manifestado intencionalidade e participação em outras entidades na comunidade (igrejas, clubes de mães, associação de moradores,...), isto não é uma realidade para todos. Poucos são os que realmente participam. Poucos são os que mantêm firme a intenção de participar em suas falas. Questiona-se: como pode o agente inserir-se de forma mais profunda, de forma a diagnosticar, conhecer e suscitar sentimentos de união entre sua comunidade, se ele mesmo não é um árduo participante da mesma, se sua participação restringe-se, em muitos casos, ao trabalho de agente?

5.5.8 VIII – O ACS e o SUS

Quadro 19 – Processo de derivação da categoria intermediária O ACS e o SUS

Título	Idéias-chave	Categoria Intermediária
28. O SUS melhor	O SUS melhorou muito, mas precisa pensar além, ir pra dentro da comunidade.	VIII – O ACS e o SUS
29. A má vontade e o empurra-empurra	Há má vontade, empurra-empurra e apadrinhamentos, causando demora nos atendimentos.	
30. A falta de estrutura e as cobranças	Cobra-se do agente trabalho e metas, mas falta estrutura para tanto.	

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados

O SUS agora tá melhor né. Vamos e viemos, melhorou muita coisa. Eu acho, na minha opinião. Desde que eu comecei a trabalhar, melhorou bastante. Em relação a atendimento, né. Até no hospital melhorou... o atendimento no hospital, esse negócio de exame. Embora a pessoa reclame, reclame, reclame, né, que a cota é pouca, é pouca... mas pensando bem, a gente que... assim, que tá mais por dentro aqui, e vê o número de exame que sai por mês, tá bem bom... claro que poderia ser melhor né, mas a gente já tem que agradecer o que a gente tem agora. Acho que agora melhorou. Melhorou bastante, da época que eu comecei até agora. Tem exames que a gente não tinha, era só particular, que agora já tem, né, como mamografia, essa colposcopia, né. Tem exame que embora tu não tenha aqui, mas agora já é possível tu encaminhar pra Porto Alegre, de graça também, pelo SUS. Aquela questão assim das famílias carentes precisar ir em Porto Alegre, já tem a van que leva né. Então... eu acho que tá bem organizado. Claro, poderia ser melhor, a gente sabe que poderia, mas... pelas conquistas, já melhorou um pouco (ACS 10).

Esta categoria intermediária tange à percepção dos agentes sobre o Sistema Único de Saúde atualmente, passando por uma melhora generalizada, embora percebam-se aspectos como má-vontade, falta de comprometimento e de estrutura do sistema.

Em geral, os agentes de saúde entrevistados têm o Sistema Único de Saúde como uma instituição que está melhorando progressivamente, embora a passos lentos. Tem-se a consciência de que o sistema deve ser aprimorado com a participação de todos, incluindo-se as equipes de saúde, os demais profissionais externos às equipes, os gestores de saúde, o poder público e a sociedade em geral.

Percebe-se, nas falas dos agentes envolvidos na pesquisa, que não há um conhecimento total do que é o sistema de saúde, suas diretrizes e seus princípios. Pode-se alcançar a máxima de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Errado não está, mas está incompleto. E, embora com uma visão incompleta da legislação, os agentes entrevistados têm uma percepção bastante apurada do que deve ser o sistema de saúde em sua prática, e que o mesmo encontra-se, ainda que melhorando, em dissonância com seu discurso formal.

Assim sendo, se por um lado, os agentes defendem o SUS, por outro, eles criticam veementemente o que está sendo feito contra a melhoria do mesmo, como as questões de má-vontade, os jogos de empurra, a falta de medicamentos, de fichas, as longas filas de espera, e, principalmente, a falta de estrutura para o trabalho que deve ser desenvolvido pelos ACS, que é agravada com a ausência de diálogo entre as diversas pastas (educação, meio ambiente, planejamento,...).

Percebe-se, enfim, uma visão bastante conflitante a respeito do Sistema Único de Saúde. Se, por um lado, os agentes defendem-no, por outro, o fazem cair por terra.

5.6 As Categorias Finais

As categorias finais foram obtidas através da derivação das categorias intermediárias, pelas mesmas etapas utilizadas anteriormente. O processo completo de categorização pode ser visualizado no Quadro 24, em anexo.

A seguir, apresenta-se o quadro representando o processo de derivação das categorias intermediárias em categorias finais, e posteriormente, a análise dessas categorias:

Quadro 20 – Processo de derivação das categorias finais

Categorias Intermediárias	Idéias-chave	Categorias Finais
I - O Trabalho de ACS	O que leva o ACS a trabalhar, características e percepções sobre o trabalho, papel e limites do ACS e a dependência da comunidade.	A – A complexidade do SUS e o trabalho de agente comunitário de saúde
VIII - O ACS e o SUS	A melhora gradual do SUS, embora com falhas humanas e estruturais, e a cobrança sobre o ACS.	
II - Fontes de Prazer	O prazer no trabalho do ACS pelo reconhecimento da comunidade e dos profissionais de saúde, pela atenção das crianças e pela possibilidade de ajudar e ter retorno.	B – A dicotomia prazer e sofrimento no trabalho do ACS
III - Fontes de Sofrimento	O sofrimento causado pelas injustiças, pela desvalorização e discriminação, pela impossibilidade de ajudar e resolver.	
IV - Organização do Trabalho	A organização do PACS e do PSF, autonomia e flexibilidade e a casa como extensão do trabalho.	

V - Condições de Trabalho	A deficiência de materiais, transporte e uniformes, bem como o trabalho nos dias de chuva.	
VI - Os relacionamentos internos	As diferentes características dos relacionamentos entre as equipes, com a supervisão e com a Secretaria Municipal de Saúde.	C – A importância dos relacionamentos
VII - O ACS e a comunidade	A busca por um relacionamento respeitoso e de confiança, mas caracterizado por acomodação e dependência da comunidade.	

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados

5.6.1 A – A complexidade do SUS e o trabalho de agente comunitário de saúde

Quadro 21 – Processo de derivação para a categoria final: A complexidade do SUS e o trabalho do agente comunitário de saúde

Categorias Intermediárias	Idéias-chave	Categorias Finais
I - O Trabalho de ACS	O que leva o ACS a trabalhar, características e percepções sobre o trabalho, papel e limites do ACS e a dependência da comunidade.	A – A complexidade do SUS e o trabalho de agente comunitário de saúde
VIII- O ACS e o SUS	A melhora gradual do SUS, embora com falhas humanas e estruturais, e a cobrança sobre o ACS.	

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados

Eu acho importante pra ti te realizar profissionalmente, porque sem trabalhar tu nunca vai... Eu acho que é uma forma de tu... que nem eu, trabalho numa forma de ajudar minha família na renda. Também é uma forma de trabalho né. E... não sei, é importante! Eu não consigo me imaginar sem trabalhar. Só porque eu prefiro trabalhar. Porque... quando a pessoa fica em casa, fica pensando besteira, então... É uma forma de ajudar. No caso, assim, eu ligo o trabalho ao... e é uma forma de tu ajudar as pessoas, né? É uma forma de

tu ter responsabilidade, de tu crescer como ser humano... Acho que é muito importante (ACS 5).

Considero o meu trabalho como uma coisa boa, uma coisa que me ajuda, né, porque eu sem trabalho, eu fico desesperada. É uma coisa que eu to ajudando as pessoas. Eu to conseguindo, assim, até pelo pouco que eu faço... e que eles sabem que o nosso trabalho é mais de orientação e prevenção. A gente também não pode se envolver muito com... marcação de ficha e buscar remédio, e uma coisa e outra. Mas pelo pouco que a gente faz, a gente consegue fazer, orientar e prevenir, eu acho que tá ajudando bastante a comunidade. Tanto é que se não tivesse retorno, não tinha o porque existir o programa. Uma coisa boa (ACS 10).

Esta categoria final deriva das categorias intermediárias I – O trabalho de ACS e VIII – O ACS e o SUS.

Por um lado, tem-se o agente de saúde, os motivos que o levam ao trabalho, ao trabalho de agente, as características do seu trabalho, as percepções que os agentes têm do mesmo, os papéis que desempenha, os limites que devem respeitar e a dependência que a comunidade cria em torno desse ator. Por outro lado, tem-se o Sistema Único de Saúde, o qual é visto pelos agentes de saúde como estando em evolução de melhora, mas que ainda tem um longo caminho a percorrer para se chegar a um ponto ideal.

Pode-se observar, ao longo da categorização, que os agentes de saúde entrevistados trabalham pela sobrevivência, mas não apenas por ela. O trabalho ocupa uma posição de grande importância em suas vidas. Para alguns, não é possível conceber a vida sem um trabalho. O trabalho de ACS, por sua vez, é o que lhes dá a possibilidade de ajudar ao próximo, característica marcante nos depoimentos. Ser agente de saúde, então, não é apenas uma função da qual se extrai o sustento, mas também uma profissão que pode lhes ofertar realização, conhecimento, relacionamentos, um papel de importância, mas, mais do que tudo, um papel que permite o exercício do denominado pendor solidário.

A percepção que os agentes de saúde declararam ter de seu trabalho, por vezes, chega a ser um tanto contraditória. É humanitário, mas é cansativo. É difícil, mas traz satisfações. Cria dependência das pessoas em torno dos agentes, mas possibilita dar melhor qualidade de vida e de saúde a elas. É totalmente voltado para metas, para a produção, para as ditas papeladas, mas ao mesmo tempo dá uma certa autonomia de horários, de decisões. É um trabalho que sobrecarrega, mas que os agentes declaram gostar.

Mas, acima de tudo, é um trabalho que os agentes percebem depender mais dos outros – entendendo-se os outros como os demais profissionais de saúde, como as outras secretarias do município, as outras entidades sociais, e, claro, a intencionalidade política – do que deles mesmos.

Não é possível atuar sem apoio político, econômico, financeiro e, em função desta declarada falta de apoio, ou mesmo omissão, os agentes extrapolam os limites fixados para o seu papel, e tentam ajudar a resolver mais do que o que lhes cabe, vindo então a criar um vínculo de dependência das pessoas de sua comunidade em si mesmo. Por quê? Porque o agente, como morador da comunidade e como membro de uma equipe de saúde, que é vinculada ao poder municipal, é visto pela comunidade como alguém que teria mais contatos e maior facilidade de acesso aos benefícios e responsabilidades que competem ao poder público, e é visto pelos gestores como alguém que tem maior acesso às realidades locais, ou seja, uma rica fonte de informações – e assim o é.

E neste ponto, volta-se à discussão para o SUS neste contexto. O trabalho do ACS depende diretamente do SUS. O ACS é parte do SUS, é a base da nova estratégia de reordenamento do sistema. Ele precisa atuar de forma harmoniosa com o sistema de saúde, para que sua comunidade seja atendida, de forma universal, integral e de qualidade.

Mas, embora os agentes de saúde entrevistados tenham a percepção de que o SUS esteja melhorando, ainda que de forma lenta, mas gradual, há também a percepção de problemas existentes dentro do sistema, que envolvem tanto as pessoas (má-vontade, desconhecimento, descomprometimento), quanto a estrutura (dificuldades de acesso, falta de recursos financeiros, materiais, humanos,...).

O sistema de saúde brasileiro é envolto por uma grande complexidade, firmada pelos princípios e diretrizes que o norteiam, pela demanda, bem como pelas pressões políticas e econômicas existentes, tanto interna quanto externamente. Os princípios de universalidade, integralidade, igualdade, intersetorialidade e participação da comunidade (controle social), de alguma maneira, perpassam o trabalho do agente comunitário de saúde e, logicamente, das suas equipes.

Tais problemas humanos e estruturais do sistema de saúde forçam os agentes a agirem além de seu papel, na busca por ajudar as pessoas de suas

comunidades a resolverem problemas que se apresentam e, a partir daí, cria-se um círculo vicioso de acomodação e um vínculo de dependência da comunidade sobre o ACS.

Além disso, o trabalho do agente de saúde é determinado por regras e tarefas específicas, as quais eles mesmos não conseguem cumprir. O trabalho é de tal forma sobrecarregado, que os ACS não conseguem executar tudo a que lhes compete, conforme a seguir.

Visitar todas as famílias uma vez por mês é uma tarefa utópica, se considerarmos que quase todos os ACS entrevistados têm sob sua responsabilidade um volume de famílias superior ao que é prescrito na legislação, ou seja, cento e cinquenta famílias ou setecentas e cinquenta pessoas (BRASIL, 1997b). Neste quesito, o que os agentes têm conseguido fazer é priorizar as famílias conforme seu grau de risco: gestantes, crianças de zero a cinco anos, nutrízes, hipertensos, diabéticos,...

Então, chegando-se à necessidade de priorização, acaba-se com a perspectiva de atendimento universal, igualitário e integral. Não se dá atenção ao indivíduo e às famílias de forma completa, mas sim às crianças da casa, às gestantes da casa, aos idosos do lar,...., ou seja, a aqueles que têm uma situação mais delicada a ser vista e acompanhada. Não se vê o núcleo familiar e sua realidade como um todo. A doença e o risco de agravos se tornam mais importantes do que a orientação para evitá-los. Não que os agentes não executem atividades de prevenção e promoção de saúde. Sim, eles o fazem, mas a doença lhes toma tanto tempo, e de tal maneira, que eles dispendem muito mais esforços na tentativa de encaminhar um paciente às unidades de saúde do que em reunir suas comunidades para discutir real e efetivamente seus problemas locais de saúde, diagnosticá-los e analisá-los coletivamente, para tentar encontrar possíveis soluções.

E, então, ferem-se as atribuições de atuação na identificação de riscos individuais e coletivos, em saneamento básico, melhoria do meio ambiente. Fere-se a atribuição de fazer com que a comunidade cobre ações intersetoriais. Fere-se a atribuição de participar-se ativamente da vida comunitária e de estimular a comunidade a participar dos conselhos locais e municipais de saúde. E assim sendo, ferem-se os princípios de intersectorialidade (integração entre setores como saúde, meio ambiente e saneamento básico) e de controle social.

Enfim, o trabalho do agente comunitário de saúde, embora seja reconhecido pelos entrevistados como sendo de extrema importância e relevância para as comunidades e para o SUS, não é conhecido plenamente pelos demais profissionais de saúde, pela comunidade e, inclusive, por alguns gestores. Este trabalho, que não é necessariamente complexo, está sim sobrecarregado e mal conduzido, o que, desta forma, permite distorções, má qualidade, e o não cumprimento daquilo a que o projeto inicial se propôs, o de reordenar o sistema de saúde.

E, mesmo diante de tais circunstâncias, o sistema de saúde se impõe, cobrando metas e objetivos do ACS, sem, necessariamente, dar estrutura para a tanto: ainda existem filas de espera que duram meses, falta de profissionais, falta de medicamentos, incapacidade de financiamento de todas as ações. Em suma, falta de estrutura de apoio ao trabalho do ACS, em níveis mais avançados de complexidade. O trabalho do agente comunitário de saúde está limitado às dificuldades políticas e econômicas do país, do próprio sistema. O trabalho do ACS está, desafortunadamente, revelando-se como um trabalho de ajuda destes profissionais do SUS para os pobres, para os desvalidos, para os menos favorecidos, e essa não era a intenção inicial, nem a palavra atualmente discursada, tanto para o SUS quanto para a estratégia de Saúde da Família.

5.6.2 B – A dicotomia prazer e sofrimento no trabalho do ACS

Quadro 22 – Processo de derivação para a categoria final: A dicotomia prazer e sofrimento no trabalho do ACS

Categorias Intermediárias	Idéias-chave	Categorias Finais
II - Fontes de Prazer	O prazer no trabalho do ACS pelo reconhecimento da comunidade e dos profissionais de saúde, pela atenção das crianças e pela possibilidade de ajudar e ter retorno.	B – A dicotomia prazer e sofrimento no trabalho do ACS
III - Fontes de Sofrimento	O sofrimento causado pelas injustiças, pela desvalorização e discriminação, pela impossibilidade de ajudar e resolver.	

IV - Organização do Trabalho	A organização do PACS e do PSF, autonomia e flexibilidade e a casa como extensão do trabalho.	
V - Condições de Trabalho	A deficiência de materiais, transporte e uniformes, bem como o trabalho nos dias de chuva.	

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados

Eu acho que o pouco retorno que tu tem, mas quando tu vê, sabe? Quando as pessoas te agradecem, quando... por mais que seja desgastante, assim, tu tá na rua e alguém te ataca e “ai, pergunta aquilo um, pergunta aquilo outro”, é uma coisa desgastante, mas aquilo ali tá... que tu vê que dá retorno, tu pergunta, ah, que... as pessoas vão lá atrás de ti, pra ti buscar algum retorno, alguma coisa... e quando tu conseguem, sabe, alguma coisa, quando tu sai, e tu vê que a pessoa tá feliz, que “ai, a minha agente de saúde fez isso pra mim, a minha...”, entendeu? Aquele tipo de pessoa que, aquela coisa que te dá retorno. Entendeu, aquilo que... (ACS 2)

Ahn... o que me faz sofrer, às vezes eu vejo... injustiças. Às vezes... é que nem eu te falei, eu me sinto impotente, em saber que poderia ter sido feito mais, mas não foi feito, mas isso não depende só da gente (ACS 5).

Esta categoria final engloba as categorias intermediárias fontes de prazer, fontes de sofrimento, organização do trabalho e condições de trabalho. Para a análise desta categoria final, encontrou-se no aporte teórico pontos de convergência com as falas dos agentes envolvidos na pesquisa.

Observou-se que o prazer e o sofrimento causados pelo trabalho dos agentes de saúde advêm da organização e das condições de trabalho, além de um fator externo: a conjuntura social-histórica-econômica-política, na qual estamos todos inseridos. Em relação à organização e às condições de trabalho, pode-se encontrar na obra de Dejours (1988; 1994; 2003) e de outros vários autores uma vasta teorização a respeito.

Percebeu-se nos relatos a influência que as condições e a organização do trabalho têm sobre os agentes de saúde e na sua percepção sobre seu papel, seu trabalho e sua valorização. Aspectos como a precariedade de transporte, a falta de materiais e de uniformes também foram apontados pela maior parte dos agentes entrevistados. Estes caracteres surgem nas falas como formas de desvalorização

dos agentes, de diminuição de sua importância e, assim sendo, surgem como fontes de sofrimento.

No que tange à organização do trabalho, os agentes de saúde percebem que possuem uma certa autonomia, para decidirem como planejar e organizar suas atividades, uma vez que são metas a cumprir em cada período (o mês) que regem o seu trabalho. Além disso, os entrevistados declaram possuir uma flexibilidade dos horários de trabalho. A eles é dada a escolha entre trabalhar oito horas por dia ou fazer oito visitas domiciliares por dia. Eles podem tirar dias de folga e podem optar por trabalhar ou não em dias de chuva. Mas tal autonomia e tal flexibilidade são ilusórias. O agente não deixa de ser agente de saúde e nem deixa de ser procurado por sua comunidade fora do horário formal de trabalho. Assim sendo, não há total flexibilidade de horários. O agente não consegue desvincular-se de uma determinada atividade porque planejou outra, se a tal atividade for mais urgente. Então, não há total autonomia.

No entanto, existe a percepção e a sensação de autonomia e de flexibilidade, e tal percepção lhes dá sensação de liberdade. E assim, considerando-se que, para Codo, Sampaio & Itomi (1993), a alienação se dá quando os detalhes do trabalho não são significativos, estão separados do produto do trabalho e quando o trabalhador não tem liberdade para organizar seu trabalho, não se conseguiu observar alienação do trabalho, mas sim um certo distanciamento de alguns agentes entrevistados das suas famílias, quando elas não seguem suas orientações.

Além da organização interna do trabalho e das condições de trabalho impostas, os agentes estão sujeitos às situações externas à equipe, ou o que Dejour (2003) considera como pressões sociais do trabalho: a problemática social, a organização do sistema, o (não) reconhecimento e a (des)valorização do trabalho, dentre outros aspectos.

O trabalho do agente depende da organização do sistema de saúde, e é constantemente influenciado pela situação social que se faz presente. Problemas sociais são uma constante, uma vez que tal ator não apenas trabalha dentro de uma determinada comunidade. Ele mora dentro dela. Ele vive seus problemas. Desemprego, fome, injustiça social, drogadição, são presenças certas e marcantes na vida e no trabalho dos agentes de saúde. São situações que, se puderem ser resolvidas ou se o agente puder ajudar de alguma forma (permitindo ao agente o

uso de criatividade e de autonomia, bem como dão vazão ao pendor solidário), causam sentimentos de alegria, de vitória, de gratificação, ou seja, de prazer. São sensações que permitem a descarga psíquica do trabalho. Se, por outro lado, não houver como resolver alguma questão, ou mesmo ajudar, ocorre um aumento na carga psíquica, e então, vêm os sentimentos de impotência, o choro, a dor, a angústia. Em suma: o sofrimento.

O mesmo ocorre no que tange à valorização do trabalho. Os agentes têm prazer em serem valorizados e reconhecidos, seja por meio de questionamentos ou agradecimentos, pela espera das famílias pelo dia da visita domiciliar, pelo fato de serem parados nas ruas pelas pessoas das famílias que eles acompanham. Seja pela recepção espontânea das crianças, ou pelo acompanhamento de seu desenvolvimento. Seja pelo fato de uma família seguir uma recomendação e obter bons resultados. Seja pelo comentário de um profissional de saúde sobre a eficácia de uma determinada ação e resultado do trabalho do agente de saúde. Tudo isso pode gerar prazer. Essas “pequenas grandes” manifestações de reconhecimento e valorização geram sentimentos positivos nos agentes de saúde.

No entanto, a desvalorização também está presente. Há uma percepção de discriminação profissional por parte dos demais profissionais de saúde, especialmente pelo nível de formação que é exigido dos candidatos a agente de saúde. Existe a impressão de que os demais profissionais de saúde não valorizam a importância do trabalho feito e a ser feito pelos ACS, e há, ainda, as situações em que gestores, trabalhadores de saúde e a comunidade cobram do agente o que não lhes cabe, demonstrando não só desconhecimento, mas também insatisfação em relação à atuação dos agentes. Estas situações de desconhecimento, desvalorização e discriminação são, com certeza, fontes de sofrimento.

5.6.3 C – A importância dos relacionamentos

Quadro 23 – Processo de derivação para a categoria final: A importância dos relacionamentos

Categorias Intermediárias	Idéias-chave	Categorias Finais
VI - Os relacionamentos internos	As diferentes características dos relacionamentos entre as equipes, com a	C – A importância dos relacionamentos

	supervisão e com a Secretaria Municipal de Saúde.	
VII - O ACS e a comunidade	A busca por um relacionamento respeitoso e de confiança, mas caracterizado por acomodação e dependência da comunidade.	

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados

aqui a gente procura sempre, ah, se deu furo comigo, as gurias tapam, se deu furo com as gurias, ou com a recepção, a gente sempre tá procurando, entendeu, sempre se... a gente tem aqui um elo, sabe, eu acredito nisso (ACS 2).

Claro que às vezes a gente vê que... que acha assim que alguma coisinha podia ser melhor né, mas a gente tem que ter em consideração que ninguém é perfeito né, que todo mundo erra. Como elas erram eu também erro e assim a gente tem... (ACS3).

Observa-se nesta categoria final a importância que os relacionamentos têm na significação do trabalho do agente de saúde. Há, dentro desta categoria, dois pontos de grande importância: os relacionamentos dentro do sistema local de saúde (os quais foram chamados de relacionamentos internos) e o relacionamento com a comunidade.

Na questão interna, observa-se nas falas uma busca por relacionamentos que possam ser considerados bons, e considera-se que mesmo as diferenças e rugas sejam normais, que façam parte do processo de convivência e de trabalho. No entanto, há que se considerar alguns aspectos não tão harmônicos. Os relacionamentos entre membros de uma mesma equipe de PSF são pautados pela cooperação. Ótimo, não fosse a competição entre as equipes de PSF um dos catalisadores dessa cooperação.

Não é possível dizer que os agentes de saúde não ajam em prol de sua comunidade. Assim o fazem, certamente. Eles preocupam-se com o bem estar de suas famílias, eles trabalham muito por elas, eles buscam ajudá-las, sempre que possível, e dentro das possibilidades que eles conseguem atingir. Os colegas de uma mesma equipe ajudam-se, brigam, brincam, protegem-se, cobrem uns aos outros em suas necessidades de trabalho. Mas a competição entre as equipes está

latente. A competição e a busca por um reconhecimento externo da sua equipe estimulam a cooperação dentro dela.

Outro ponto de análise é a inexistência de relacionamento efetivo entre agentes de PACS e de PSF. Não há convívio, não há competição, não há cooperação e não há real conhecimento do que uns e outros estão realmente fazendo por suas comunidades. Há um desconforto por parte dos agentes de saúde do PACS em perceberem que eles mesmos e seus pacientes não têm a mesma retaguarda, a mesma estrutura de apoio às suas demandas. E quanto aos agentes do PACS entre eles? Bem, há a distância, o pouco convívio, mas ao menos, todos sabem que suas dificuldades são as mesmas, que a estrutura precária de apoio é um problema comum. Estas duas formas de relacionamento permitem a ascensão de conflitos, que não necessariamente revelam-se abertos, mas que ali estão, latentes, à espera.

Preocupante na questão relacionamento com a supervisão é o papel centralizador da enfermeira das equipes de PSF. Este papel acomoda os agentes, e faz com que os mesmos desconheçam as pessoas e setores da secretaria de saúde, e ignorem os meandros que envolvem os processos externos à equipe. Essa centralização na figura da enfermeira impede, de certa forma, o surgimento de vínculos entre os agentes de saúde e os demais trabalhadores do sistema local.

Outro ponto preocupante é o relacionamento com a secretaria de saúde. O gestor de saúde do município e seus assessores são muito bem quistos pelos agentes entrevistados, em sua maioria. Os assessores são funcionários técnicos e do quadro da prefeitura municipal. No entanto, o gestor de saúde é um cargo essencialmente definido pela política-partidária. Embora ele seja um profissional de saúde que tenha vindo de uma das equipes de saúde da família do próprio município, seu cargo não o torna perene. Seu cargo é instável, e as atribuições de sua assessoria também são.

O que se quer dizer com isso? Quer-se dizer que, embora os agentes entrevistados creiam estar sendo muito melhor trabalhar agora, com maior liberdade e reconhecimento por parte do gestor municipal, isso é um fato temporário, e isso afeta a visão que se tem sobre a relação que existe entre agentes de saúde e secretaria municipal de saúde.

A relação com a secretaria municipal de saúde, conforme já relatado em categoria anterior, é de pouca intimidade (uma vez que ainda há agentes que confundem SMS com Posto de Saúde Central) e é muito falha no que tange à comunicação: há informações que chegam e outras que não chegam ou que chegam atrasadas, há desconhecimento do papel do agente de saúde dentro do sistema local, há desconhecimento dos agentes em torno do que o sistema oferece aos usuários. Em suma, a comunicação é uma dos grandes entraves do relacionamento entre agentes de saúde e o resto do sistema local. Este problema influencia na percepção da importância e da valorização do agente de saúde e de seu trabalho. Este problema afeta, com certeza, o relacionamento entre agentes e comunidades, entre cidadãos e sistema de saúde.

No que tange ao relacionamento com a comunidade, surgiram depoimentos que trataram da forma como os agentes são recebidos e acolhidos pelas suas famílias, da confiança das pessoas no agente de saúde e a necessária reciprocidade, das formas de reconhecimento que a comunidade deposita ou não no seu agente, e do comodismo e a dependência que a comunidade cria em torno deste ator.

O relacionamento com a comunidade é essencial para que ambos possam desenvolver confiança mútua. Isso é um dos fatores prescritos na concepção da estratégia de saúde da família. O agente deve ser morador da comunidade, deve conhecer a mesma e ser conhecido por ela, pois assim, é mais fácil a sua entrada dentro das casas, das realidades, enfim, das vidas daquelas pessoas. Assim, é mais fácil diagnosticar as condições de vida daquelas famílias. Para tanto, atribui-se ao ACS a participação ativa na vida da comunidade.

No entanto, esta participação ativa na comunidade, atribuição do ACS, também é relegada a segundo plano. A participação na comunidade, a qual deve ser feita não apenas na unidade de saúde, deve ser feita também nas demais organizações locais: clubes de mães, pastorais, associações de bairros, de moradores, igrejas, dentre outras entidades. O que se observou, afinal? Que alguns dos agentes participam de uma ou outra entidade, que alguns agentes se interessam pela participação, mas que, na realidade, quase todos os entrevistados possuem algum tipo de escusa para não participarem efetivamente nas demais entidades da comunidade, além da unidade de saúde de referência. Seja por não

fazer parte de determinada congregação religiosa, seja por não gostar do clube de mães, seja por não querer envolver-se nas questões político-partidárias das associações de moradores, sempre cabe alguma desculpa para a não participação.

Mesmo que os agentes entrevistados tenham informado terem bons relacionamentos com suas comunidades, e que tentem manter um vínculo de respeito, ética e cordialidade, há disfunções observadas. O papel do agente comunitário de saúde, enquanto ator de mudança, está se perdendo na falta de envolvimento dentro da própria comunidade. Se ele não participa, ele não se envolve, e perde o direito de cobrar, de fiscalizar, de sugerir mudanças que beneficiem a coletividade e, principalmente, ele perde a chance de trabalhar a necessária união e confiança entre os membros da comunidade, e entre a dita comunidade e ele mesmo. Ele não apenas não faz, como também não estimula a comunidade a um efetivo controle social, prerrogativa constitucional do sistema de saúde.

Enfim, os relacionamentos existentes na estratégia de Saúde da Família, sejam eles internos às equipes e ao sistema local, sejam eles com as comunidades, são de suma importância para o efetivo trabalho e valorização dos agentes comunitários de saúde, bem como da constante evolução do sistema de saúde, dentro dessa estratégia de orientação a que o SUS está continuamente em defesa.

5.7 Conclusões

O capítulo apresentado mostrou informações pertinentes à organização escolhida para estudo, à condução da coleta de dados e aos sujeitos da pesquisa.

A seguir, apresentou-se a análise dos dados coletados, a partir do método de análise de conteúdo (MORAES, 1999). Por meio do método escolhido, chegou-se a trinta categorias iniciais, as quais derivaram em oito categorias intermediárias. A última derivação resultou nas três categorias finais da pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apresentada buscava, desde a sua concepção, analisar o significado do trabalho para os agentes comunitários de saúde, enquanto trabalhadores da base do Sistema Único de Saúde, e teve como objetivos específicos para alcançar o objetivo final identificar fatores que implicariam nesta significação; analisar criticamente a organização do Sistema Único de Saúde, a partir de suas principais diretrizes e princípios norteadores; identificar possíveis relacionamentos entre a significação do trabalho para estes atores e a organização do SUS; e analisar a dicotomia entre prazer e sofrimento na realidade do trabalho de ACS.

Para tanto, seria preciso estudar o trabalho, sua história e significação ao longo do tempo, bem como a profissão de agente comunitário de saúde e sua inserção dentro do sistema de saúde brasileiro, para que, então se pudesse dar seguimento à pesquisa com os agentes de saúde.

Antes da pesquisa, porém, ficou claro que apenas a história associada à descrição da profissão de ACS não seria suficiente para tal trabalho. Foi preciso encontrar um ponto de confluência entre esses dois fatores, de forma a se poder alcançar o objetivo proposto. Aí, entrou em cena a abordagem dejouriana sobre o trabalho, que engloba a psicopatologia e a psicodinâmica do trabalho, as quais tornaram-se partes de um referencial teórico de suma importância, para que se pudesse compreender a relação que existe entre a realidade do trabalho e o trabalhador.

Sem tal aporte teórico, não teria sido possível entender a subjetividade presente na relação trabalho-trabalhador, nem a força que existe nesta relação. Sem ele, o roteiro semi-estruturado das entrevistas a serem feitas, bem como a análise dos dados coletados, teriam sido, certamente, incompletos. Em outras palavras, o referencial teórico fez-se extremamente importante não apenas como fonte de

conhecimento, mas também como um fator de construção dos instrumentos para a coleta de dados e da análise dos mesmos.

Para a análise dos dados coletados na pesquisa foi adotado o método de Análise de Conteúdo, conjunto de técnicas de análises das comunicações (BARDIN, 1977), seguindo-se os passos preconizados por Moraes (1999). Para iniciar a análise do conteúdo das entrevistas efetuadas com os agentes de saúde, leituras e releituras foram feitas, de forma a se chegar às denominadas categorias iniciais do conteúdo.

Foram obtidas trinta categorias iniciais, a partir do exame minucioso das treze entrevistas realizadas, passando-se pelas etapas de preparo das informações e unitarização do conteúdo. A seguir, fez-se a categorização das unidades, e, então, a descrição e a interpretação de cada uma das categorias obtidas.

Já nas categorias iniciais, tópicos referentes aos objetivos do trabalho foram surgindo, tais como aspectos que vem a tornarem-se fontes de prazer ou de sofrimento ao trabalhador, aspectos pertinentes à organização e às condições de trabalho, à realidade do Sistema Único de Saúde, e, principalmente, às percepções que os agentes de saúde têm sobre seu trabalho.

A partir da categorização inicial, uma nova releitura dos materiais foi feita, e todo o processo foi repetido, de forma a se chegar na elaboração de um número menor de categorias, estas mais amplas e abrangentes do que as anteriores, denominadas então, de categorias intermediárias. Chegou-se a um número de oito categorias intermediárias, as quais reforçaram aspectos referentes à significação do trabalho, da dicotomia prazer e sofrimento, e trouxeram à tona uma força maior do SUS em relação ao trabalho do ACS.

Das categorias intermediárias, deu-se início a uma nova repetição do processo, desta vez para encontrar-se as categorias finais. Esta foi a parte mais difícil do método, uma vez que é dessa categorização final que o conteúdo deve ser plenamente compreendido, e considerações gerais são feitas.

Chegou-se a três categorias finais, a saber: A – A complexidade do SUS e o trabalho do agente comunitário de saúde; B – A dicotomia prazer e sofrimento e C – A importância dos relacionamentos.

A categoria final A (A complexidade do SUS e o trabalho do agente comunitário de saúde) emergiu com maior força do que se esperava ao elaborar o projeto de pesquisa e ao iniciar as entrevistas.

Nesta primeira categoria final, pode-se chegar à consideração de que o trabalho para os agentes de saúde é inerente às suas vidas. Não se vive sem trabalho, e vários são os motivos que os levam a trabalhar, além da necessidade de sobrevivência, como a realização pessoal e profissional, a possibilidade de aprendizado, o próprio gosto pelo ato de trabalhar. Em se tratando do trabalho específico de agente de saúde, o motivo maior é o poder ajudar as pessoas e as famílias de suas comunidades.

Assim sendo, o trabalho de ACS, embora árduo, difícil, estressante e sobrecarregado, é uma forma de ajuda, de manifestação da característica do pendor solidário (referido tantas outras vezes ao longo desta pesquisa). É um trabalho que permite o convívio com vários atores, e que exige a criatividade em várias situações, chegando-se ao ponto em que os agentes extrapolam seus limites para resolver algumas dessas situações, seja porque precisam fazê-lo, seja porque a comunidade assim determina. Desta forma, o trabalho manifesta-se como uma forma de construção de identidade, de sentido e também inserção social.

Há, porém, o conflito entre o trabalho e o papel do agente de saúde com o que o sistema de saúde prega, e a impossibilidade ainda existente de se fazer cumprir tudo o que se determina pela legislação. A falta de apoio a muitas das ações dos ACS é um motivo de frustração dos mesmos, de não atingimento de metas, e de percepção de uma desvalorização.

É interessante observar que uma categoria leva à outra, e que os aspectos da relação existente entre o trabalho do agente de saúde e da complexidade do sistema de saúde brasileiro levam às inferências sobre o prazer e o sofrimento do trabalhador, tema da categoria final B – A dicotomia prazer e sofrimento, a qual veio a corroborar a base teórica estudada.

Dentro desta categoria final, pode-se vincular o referencial teórico estudado anteriormente às manifestações dos agentes de saúde entrevistados, no que tange ao prazer e ao sofrimento no trabalho.

A categoria permite manifestar que prazer e sofrimento no trabalho dos agentes entrevistados são gerados e afetados pela atual conjuntura (a qual interfere na gestão da saúde e dos demais setores), por aspectos relacionais, pela (des)valorização profissional e pessoal (que tanto pode se dar através dos gestores, profissionais de saúde e da comunidade), pela obtenção ou não de resultados, pela possibilidade ou não de ajudar as famílias das suas áreas de atuação, e pelo acompanhamento que podem fazer das mesmas, bem como dos resultados obtidos (ou não) de suas ações. Observou-se também que as condições e a organização do trabalho se fazem presentes nestes fatores, e que influenciam na percepção dos agentes sobre valorização e reconhecimento profissional, bem como na interpretação que os agentes fazem do seu trabalho, o que vem acordar com o que o referencial teórico apresenta.

As condições e a organização do trabalho atuam, respectivamente, sobre o corpo e sobre a mente dos trabalhadores. Em relação a elas, Dejours (1994) relata que as mesmas formam a chamada carga de trabalho (dividida entre carga física e carga psíquica), a qual interfere na relação e na significação do homem com seu trabalho. Enquanto as condições de trabalho podem gerar desgastes físicos e somatização de doenças, a carga psíquica do trabalho tem um peso maior na influência sobre as percepções, interpretações e nas relações de trabalho.

Em outras palavras, a carga ou descarga da energia psíquica gera sentimentos de prazer ou de sofrimento em relação ao trabalho (DEJOURS, 1994). Essa situação de carga ou descarga de energia psíquica depende de fatores como criatividade, liberdade, autonomia, sentido do trabalho.

Nas palavras de Dejours & Abdoucheli (1994b), “prazer e sofrimento são vivências subjetivas, que implicam um ser de carne e um corpo onde ele se exprime e se experimenta, da mesma forma que a angústia, o desejo, o amor, etc”. Assim sendo, pode-se considerar que qualquer situação ou evento de trabalho não é, necessariamente, um evento negativo ou doloroso, e que o ACS passa, constantemente, por mudanças emocionais, e sua vida de trabalho está repleta de situações muito diversas entre si, que exigem adequação psicológica extremamente rápida.

A categoria final C (A importância dos relacionamentos) poderia estar inserida tanto na categoria final A quanto na B, dada sua descrição e seu conteúdo. No

entanto, preferiu-se deixá-la à parte, pois ela trouxe percepções sobre ética, confiança, comprometimento e, principalmente, pela importância que as relações têm na atuação social, dados estes que poderiam ser perdidos na complexidade das outras categorias.

Esta categoria final trouxe à tona a existência de diversos relacionamentos no âmbito do trabalho do agente comunitário de saúde, sendo eles internos ao sistema local de saúde e com a comunidade. Por relacionamentos internos, foram entendidos os relacionamentos entre os próprios agentes de saúde, da mesma ou de diferentes equipes, entre agentes e outros profissionais de saúde, entre agentes e supervisão e também o relacionamento existente com a Secretaria Municipal de Saúde.

Obteve-se uma gama de caracterizações a respeito das formas como são conduzidos os relacionamentos. Alguns marcados por cooperação, outros por competição. Alguns relacionamentos inexistentes ou nulos, uns pautados por dependência e centralização de atividades e expectativas sobre a figura do enfermeiro supervisor, outros marcados por desconhecimento das tarefas do outro.

Marcante foi perceber as falhas grandes de comunicação que marcam alguns desses relacionamentos, onerando a eficiência e a eficácia dos processos de trabalho dos agentes de saúde, e abalando, de certa forma, o relacionamento com as comunidades atendidas. Outro ponto marcante foi a transitoriedade das relações que se formam a partir dos aspectos políticos-partidários, o que, conseqüentemente, pode vir a gerar um que de instabilidade no trabalho.

Em relação ao relacionamento com a comunidade, observou-se uma variável importante, que é a do círculo vicioso que se cria em torno do papel do agente de saúde, o qual torna-se, aos olhos dos membros da comunidade, um tipo de super-herói que deve responder por todos os assuntos e resolvê-los. Em outras palavras, a acomodação e a dependência da comunidade, e conseqüentemente, o ACS ainda mais sobrecarregado.

Interessante observar que essa situação de acomodação e dependência por parte da comunidade influencia na percepção e na confiança da mesma nos seus agentes de saúde: problemas resolvidos, agentes bons e confiáveis. Problemas não sanados, existem agentes para quê?

Cabe salientar que esta categoria final revelou sua importância na significação do trabalho e na dicotomia prazer e sofrimento, uma vez que, para Dejours & Abdoucheli (1994b), aspectos relacionados as falas, como a inventividade, a cooperação e a confiança estão, em parte, ligadas ao prazer no trabalho.

Enfim, pode-se averiguar a existência de coerência e inter-relação entre as categorias finais obtidas dos processos de derivação das categorias por meio do método de Análise de Conteúdo preconizado por Moraes (1999). Para o autor, as categorias devem obedecer alguns critérios. Elas devem ser válidas, exaustiva, homogêneas, exclusivas e objetivas.

A validade das categorias é dada por sua pertinência ou adequação, ou seja, as categorias criadas devem ser pertinentes aos objetivos da análise, à natureza do material avaliado e às questões que se pretende responder (MORAES, 1999). Neste quesito, considera-se que as categorias obtidas na pesquisa são válidas, uma vez que elas adequam-se ao que foi proposto inicialmente, e chegam a ampliar algumas percepções ou mesmo a criar novas possibilidades de pesquisa. Além disso, algumas categorias adequam-se também ao referencial teórico escolhido, a psicopatologia do trabalho. Outras, porém, são pertinentes à organização do sistema de saúde e da estratégia de saúde da família.

O critério de exaustividade pode ser também definido como critério de inclusividade. Este critério determina que todo o conteúdo significativo obtido deve ser categorizado, definido de acordo com os objetivos da análise (MORAES, 1999). Dentro da pesquisa realizada, esperava-se encontrar algumas categorias, especialmente no tocante à psicopatologia do trabalho. No entanto, outras categorias surgiram, e foram incluídas na análise, como a percepção sobre o SUS e a questão da importância dos relacionamentos, da ética e da confiança dentro do trabalho. Assim sendo, pode-se afirmar que este critério foi alcançado.

O terceiro critério, o da homogeneidade, significa que cada conjunto de categorias deve ser homogêneo, deve ser estruturado em uma dimensão de análise, o que considera-se ter sido alcançado nos processos de derivação. Embora se obtenha vários aspectos a serem discutidos dentro de uma mesma categoria, eles podem ser considerados parte de um mesmo tema, como se pode observar nos processos de derivação das categorias intermediárias e finais.

O critério da exclusividade que cada elemento da análise, ou cada unidade de conteúdo, não pode fazer parte de mais de uma divisão. É a exclusividade mútua. Para tanto, é preciso que se faça uma classificação precisa e clara neste processo. Estreitamente associado a este critério, encontra-se o critério da objetividade, que objetiva a consistência e a fidedignidade das análises. No entanto, o próprio Moraes (1999) questiona sobre o uso da objetividade na pesquisa qualitativa, ao dizer que cada um pode captar diferentes dimensões para um mesmo texto ou conteúdo exposto, em função de sua própria subjetividade.

O próprio autor (MORAES, 1999) considera que não é possível fazer uma leitura neutra do conteúdo obtido, já que toda leitura constitui uma interpretação. Por este motivo, há a possibilidade de múltiplos significados, e a coincidência de significados entre diferentes leitores não é indispensável. Além disso, é preciso considerar o contexto, além do conteúdo, do autor, do destinatário e das formas de codificação e de transmissão das mensagens neste processo de análise.

Assim sendo, pode-se afirmar que, por mais forte que tenha sido a tentativa de objetivar o processo de categorização do conteúdo, ele foi afetado pela subjetividade da autora e pelo contexto vivenciado. Ou seja, neste momento, as categorias formadas são exclusivas e são fidedignas, dentro da interpretação atual da autora. Em outro momento, com outra análise, ou com outros leitores, outras categorias podem ser formadas, sem, com isso, perder-se a exclusividade e a fidedignidade dos conteúdos.

Em se tratando de haver coerência entre as três categorias finais obtidas, considera-se que a abordagem dejouriana do trabalho foi uma escolha adequada para a nortear e embasar a pesquisa realizada, bem como para se atingir os objetivos propostos.

Mas, embora a psicopatologia do trabalho seja muito bem aplicável e tenha demonstrado ser de grande valia para a explicação da dicotomia prazer e sofrimento no trabalho, da organização, das condições e das cargas de trabalho, e mesmo de aspectos como confiança e cooperação, ela é insuficiente para explicar o fenômeno da compreensão e da significação do trabalho para o profissional agente comunitário de saúde.

Pergunta-se, por quê?

Ora, o profissional agente comunitário de saúde, no Brasil, é exclusivo do Sistema Único de Saúde. Não se encontram ACS nos hospitais, nos centros de saúde particulares e nas organizações de atendimento suplementar à saúde. O ACS é, como já referido, exclusivo do SUS, membro imprescindível da estratégia de Saúde da Família, seja ele vinculado ao Programa de Saúde da Família ou ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Fosse o ACS um outro profissional de saúde, como um médico, um enfermeiro, ou um fonoaudiólogo, os quais podem ser encontrados em várias outras organizações de atenção à saúde, talvez não houvesse tamanha complexidade ao tratar-se do tema. No entanto, o vínculo exclusivo do agente de saúde ao SUS torna-o um ator vinculado também às esferas econômica e política, em seus vários níveis, bem como às realidades locais, das quais ele faz parte, enquanto profissional de saúde e enquanto cidadão e morador.

Em um país com grandes desigualdades territoriais, populacionais, econômicas e culturais como o Brasil, é praticamente impossível falar-se em um sistema que seja uno. Mesmo existindo uma Constituição formalizada, uma Lei Orgânica de Saúde e um sem-número de leis, decretos e portarias a determinar princípios, diretrizes, atribuições e quesitos aos gestores das várias esferas de atuação, há diversos sistemas locais de saúde na nação.

Isso porque a própria legislação determina a descentralização do sistema, em que cada esfera de gestão assume determinadas responsabilidades sobre a saúde da população, sendo que ao município cabe a gestão local. Assim sendo, cada município define suas próprias políticas, estratégias e métodos de implantar o sistema de saúde em seu território, de acordo com sua intencionalidade política e econômica, sua viabilidade e suas características próprias.

Analisando-se o país, separando-o por regiões e, após, por estados, observa-se que há uma gama de fatores comprovando sua heterogeneidade. Nos determinantes das condições de saúde, há que se considerar fatores como saneamento básico (abastecimento de água, coleta de resíduos, esgotamento sanitário); nível de escolaridade; distribuição dos estabelecimentos de saúde e acesso aos mesmos; distribuição de profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros; a transição demográfica; as taxas de fecundidade e a assistência pré-

natal; evolução de mortalidade e morbidade; a evolução do perfil epidemiológico, dentre outros.

E, mesmo com tanta disparidade entre regiões, estados, municípios e até mesmo bairros, existe uma estratégia definida para reorientar o modelo de atenção à saúde no Brasil: a estratégia de Saúde da Família.

Única? Não, e uma das causas é o princípio da descentralização.

A estratégia de Saúde da Família, embora seja um grande plano em nível nacional, e seja também uma das prioridades de gestão estadual, ainda esbarra nas peculiaridades e políticas locais, entendendo-se as políticas locais como sendo influenciadas pelos relacionamentos locais, por problemas práticos como o financiamento da estratégia, a necessidade de profissionais qualificados e comprometidos, e até mesmo pela intencionalidade político-partidária do território. Ou ainda, como diria Senna (2002), a estratégia de Saúde da Família, sob uma perspectiva político-partidária, seria como um mecanismo de barganha política, uma vez que os municípios têm tradição política assentada sobre clientelismo e paternalismo.

A lógica dessa forma de organização do sistema de saúde era, em sua concepção, a de atuação substitutiva das práticas tradicionais, buscando-se entender não o indivíduo solitário, mas a família e o seu espaço social como núcleo básico da abordagem, de forma a dar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade; de intervenção sobre fatores de risco; de humanização das práticas de saúde; de criação de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre comunidades e profissionais de saúde; de desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; de democratização do processo saúde-doença; de reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e de organização da comunidade para o exercício de controle social (SOUZA, 2002).

Entretanto, a forma de inserção da estratégia de Saúde da Família na organização do sistema local é um grande problema a ser enfrentado, ainda, e sempre. Ocorre em muitos municípios uma dualidade de modelos de atenção, e a tendência da organização do sistema é, ainda, atuar de forma tradicional, seja em nível estadual, ou municipal. As unidades da estratégia de saúde da família ainda convivem, em muitos dos municípios brasileiros, com unidades geridas sob os

moldes antigos, de caráter curativo, individualista, medicalizado e hospitalocêntrico. Ou seja, essa dualidade pode nos fazer regredir no modelo, conforme o que diz Müller (2002, p. 27):

Se o município tem 10% da população coberta pelo PSF e 90% funcionando ainda no outro modelo, existe uma dualidade de modelo (...) E assim, as pressões fazem com que as equipes do PSF passem a responder àquela lógica tradicional.

Esta situação de paralelismo deve ser pensada, discutida, e resolvida, uma vez que ela gera conflitos na relação entre os profissionais de saúde da família (incluindo-se os agentes comunitários) e os demais profissionais de saúde, onerando os usuários e o próprio sistema. Tal dualidade interfere sobremaneira na forma como é conduzido e organizado o sistema de referência e de contra-referência dos pacientes do sistema, afetando-o de forma quali e quantitativa.

É preciso, portanto, pautar a capacidade de integração da estratégia com o restante do sistema de saúde, de forma a se redefinir qualitativamente o modelo de atenção à saúde, como pretendido por seus formuladores (SENNÁ, 2002).

Para tanto, é indispensável que as três esferas de governo atuem juntas, muito embora existam competências e deveres muito bem definidos na legislação para cada esfera de governo. Não é plausível e nem suficiente que a União determine uma política de saúde, se os estados e os municípios (estes enquanto poder local) não estiverem realmente engajados nisso com a mesma intencionalidade e, talvez, intensidade. Saúde da Família deve estar efetivamente na agenda política dos governantes estaduais e municipais, enquanto proposta estruturante dos sistemas locais de saúde (MÜLLER, 2002; SOUZA, 2002).

Outro desafio pertinente ao PSF diz respeito à expansão, à formação e à qualificação de recursos humanos que venham a atuar dentro da estratégia. Todos os profissionais de saúde da família devem ter uma formação que seja voltada à saúde coletiva e à multidisciplinaridade, incorporando conhecimentos de psicologia, epidemiologia, de ciências sociais e de planejamento. E assim, tem-se uma necessidade real de se ultrapassar a esfera da saúde para atuar junto à esfera da educação, ou seja, nas universidades, nos hospitais universitários, nos diversos centros de formação de profissionais de saúde. Tal necessidade depende de definição política em nível federal e, conseqüentemente, nos outros níveis (MÜLLER,

2002). Além disso, na busca pela qualidade da atenção, todo e qualquer profissional de saúde, especialmente aquele em formação, deve ter profundo conhecimento do que é o sistema de saúde brasileiro, suas peculiaridades, suas diretrizes.

A avaliação é um desafio a mais a ser plenamente alcançado na estratégia de Saúde da Família. Existem sistemas de informação em saúde, alimentados periodicamente por todos os municípios habilitados ao SUS, e o Governo Federal não apenas compila, mas também estuda, diagnostica, avalia e torna públicas as informações obtidas. Na atenção básica em saúde, vários sistemas de informação são utilizados, com seus vários objetivos. Em Saúde da Família, as informações concentram-se principalmente no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Cada ACS é responsável pelas informações detalhadas de cada membro de sua comunidade de atuação, e estes dados são lançados no SIAB, sendo atualizados mensalmente, e encaminhados à esfera estadual e, posteriormente, à federal.

Estas informações servem para a elaboração de ações, programas e políticas de saúde, bem como para a avaliação destes. No entanto, há que se questionar sobre a correta alimentação dos dados e da utilização ou não dessas informações em âmbito municipal. Uma vez que existe a referida descentralização político administrativa do sistema, em que cada município é responsável pela saúde de seus habitantes, tais dados são de suma importância na gestão local.

E, além dos desafios apontados, fazer-se questionamentos, debates e proposições referentes ao financiamento da estratégia de Saúde da Família também são pertinentes, visando-se sua continuidade e evolução, lembrando-se que o PSF não surge apenas como um modelo que visa à integralidade e à equidade. Ele surge em um contexto de reformas gerenciais da saúde, um momento marcado e gerado também por dificuldades de financiamento do sistema (SENNÁ, 2002).

Em relação ao SUS como um todo, é preciso considerar que o país enfrenta, desde a concepção do novo sistema de saúde, a contradição da constituição social democrata, do discurso de reforma do aparelho do Estado e conseqüentemente da reforma administrativa da saúde, a qual teria um cunho social-liberal (BRESSER PEREIRA, 2002) e das tendências das leis de mercado, que tentam caminhar para a construção de um estado mínimo, no qual o estado teria a responsabilidade sobre um conjunto de ofertas à população e atenderia a parte mais excluída (o SUS para os pobres?), o que não é o compromisso que se assumiu inicialmente.

Tem-se a visão de que o SUS não é financiável, não dispõe de recursos orçamentários para garantir o princípio constitucional de universalidade e existe um dilema entre a perspectiva de contenção e de racionalização dos gastos e a busca de equidade e de justiça social (BRESSER PEREIRA, 2002; SENNA, 2002; CALLAHAN, 2002).

Se enfatizarmos os princípios que regem o sistema de saúde brasileiro e acompanharmos o que dizem os teóricos e críticos a respeito, entenderemos muito dos motivos que levam-no a não atingir o ideal a que se esperava.

A **universalidade de acesso** é a garantia de que todos os cidadãos têm o direito de acesso aos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados conveniados ao sistema, sem distinções ou restrições, oferecendo-se toda a atenção necessária (PUSTAI, 1991; PEREIRA et al, 2004), rompendo de forma radical com o sistema anterior, o qual era evidentemente excludente, e que dava acesso à atenção somente aos contribuintes do sistema previdenciário (ANDRADE, 2002). Para Santos (2002), a universalização serviu mais para uma cesta básica de oferta de serviços do que para serviços de qualidade resolutivos e de direitos de cidadania.

O SUS pode ser considerado como legalmente universalizado, através dos seus diversos dispositivos legais, dentre eles a Magna Carta e a Lei Orgânica da Saúde. Entretanto, para Pustai (1991) e Barros (2004), o direito de acesso está limitado à questão do financiamento, insuficiente para a demanda que se apresenta. Outra questão é a chamada universalização excludente, uma tese de Favaret & Oliveira (1990), que seria um possível efeito colateral da ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde, a partir da formação do SUS, que passou a excluir progressivamente a classe média brasileira, a qual foi buscar resolver seus problemas de saúde através dos planos privados de assistência, a chamada saúde suplementar. Isso foi potencializado pela oferta cada vez maior de planos de saúde para funcionários de instituições públicas ou privadas.

Assim sendo, embora universal em sua concepção e nos documentos formais, o Sistema Único de Saúde não o é na prática.

O princípio da **igualdade da assistência à saúde** leva, em primeiro lugar, a um questionamento sobre o significado de igualdade e de equidade. De acordo com este princípio, o sistema de saúde deve disponibilizar recursos e serviços com

justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando atenção maior para aqueles que mais necessitam” (PEREIRA et al, 2004).

No entanto, o critério de igualdade na disposição de recursos implica em equivalência ou invariabilidade. Eqüidade, por sua vez, nos remete à idéia de justiça. Igual pode ou não ser equânime. Para que uma situação possa ser considerada eqüitativa é preciso que, simultaneamente, casos similares sejam tratados de modo similar e casos diferentes sejam tratados de maneiras diferentes. Considerando-se a sociedade brasileira, a qual é marcada por grandes desigualdades sociais, a pobreza massiva gera baixos níveis de saúde e leva à maioria da população a uma dependência em relação aos serviços prestados pelo Estado.

Assim sendo, os recursos para o atendimento do direito à saúde devem considerar as diferenças que dizem respeito aos níveis de saúde e ao acesso aos serviços de saúde. Alocar igual montante de recursos para todos é igualdade, ao passo que alocar recursos de acordo com as diferentes necessidades é eqüidade (MACHADO, FORTES & SOMARRIBA, 2004). “E, nas situações em que alguns têm mais necessidades insatisfeitas do que outros, mais clara é a distinção entre os princípios de igualdade e eqüidade” (p.101).

Partindo-se deste ponto de vista, observa-se que igualdade e eqüidade não são a mesma coisa. Entretanto, são princípios comprometidos com uma idéia de igualdade de direitos entre os indivíduos, que constituem um valor associado ao desenvolvimento do Estado-Nação e à expansão contemporânea dos direitos sociais de cidadania (MACHADO, FORTES & SOMARRIBA, 2004).

O SUS não consegue ser igualitário e nem equânime, esbarrando sempre na problemática do financiamento, da baixa qualidade de formação de profissionais e na conseqüente baixa qualidade de serviços.

A **integração** das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, ou **intersetorialidade**, apóia-se nas definições de saúde da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, da Lei Orgânica da Saúde, para as quais a saúde é resultante de diversas condições, quais sejam alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso a serviços de saúde.

A saúde é, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção (PUSTAI, 1991). Para tanto, Pereira et al (2004) defendem que as gestões municipais do SUS, em articulação com as demais esferas de governo, devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, de forma que possam contribuir, de forma direta ou indireta, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para toda a população.

Entretanto, Andrade & Inojosa (2004) ressaltam a existência de dificuldades de implementar um projeto intersetorial, ou seja, em suas palavras, contra-hegemônico, em um cenário no qual os setores sociais são submissos às decisões econômicas e não agem em parceria.

A **integralidade de assistência** é considerada um processo em construção que envolve diversos atores sociais (KUNRATH, KANTORSKI E BORGES, 2002). Ele foge da lógica do sistema anterior, introduzida pelo antigo INAMPS de ter todos os serviços de saúde funcionando com base na assistência médica individual-curativa (ANDRADE, 2002). Um dos sentidos da integralidade é a abordagem do indivíduo, considerando-se o contexto familiar e social no qual ele está inserido. Um segundo sentido refere-se à organização das práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação. No âmbito da organização do SUS, significa ainda a garantia de acesso aos diferentes níveis de complexidade da atenção. Outro sentido importante é a capacidade de oferecer respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma população ou comunidade, e não apenas a um recorte de problemas (BRASIL, 2004a).

No entanto, a forma de organização das políticas públicas de atenção à saúde têm sido feitas por programas determinados verticalmente, a partir do Ministério da Saúde. Cada programa possui uma regulamentação técnica para sua implementação/execução. Esse modo técnico de planejamento produz ações que se distinguem da integralidade da atenção: os profissionais de saúde se apropriam do seu programa e respondem apenas por ele. Em cada programa se estabelece uma rede de atividades paralelas às outras. São as comumente chamadas “caixas ou gavetas” (ANDRADE & INOJOSA, 2004; SANTOS, 2002; KUNRATH, KANTORSKI E BORGES, 2002): “Criamos caixinhas corporativas e administrativas. Caixinhas de saber que não se comunicam. Como se estivéssemos em uma vila de casas sem janelas” (ANDRADE & INOJOSA, 2004, p.59).

Assim os trabalhadores de saúde, em geral, não vêem as pessoas como um todo, ou como parte de um coletivo, mas sim de forma fragmentada, porque as ações de saúde ainda são, em geral, pensadas, planejadas e executadas de forma compartimentalizada, fragmentada, enfim, isolada. Isso fere o sentido da integralidade que aborda o indivíduo em seu o contexto familiar e social (BRASIL, 2004a).

A **participação da comunidade**, ou controle social, foi determinada pela CF/88 e pela Lei Federal nº 8142/90, a qual compõe e Lei Orgânica da Saúde. Em princípio, o controle social confere transparência e comprometimento coletivo ao SUS, cuja construção é um processo de responsabilidade do Poder Público que deve estar submetido ao controle da sociedade” (BRASIL, 1993b). Para Pereira et al (2004), ele está diretamente relacionado ao grau de consciência política e de organização da sociedade civil.

A participação social acontece através dos canais institucionalizados do SUS: os Conselhos e as Conferências de Saúde, em todas as esferas de governo. O Conselho de Saúde é um órgão colegiado composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços em saúde, dos profissionais de saúde e dos usuários do sistema (BRASIL, 1990b). É uma instância de participação da sociedade organizada, na concepção, aplicação e fiscalização das políticas públicas para a área (BRASIL, 2004c). Ele atua em caráter permanente e deliberativo, na formulação de estratégias, no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos, nas diversas esferas de atuação: federal, estaduais, regionais, municipais e locais. As decisões do Conselho de Saúde são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 1990b).

Também com a criação dos conselhos de saúde, os municípios passaram a ser os responsáveis pela gestão de serviços e ações de saúde, recebendo para tanto a cooperação técnica dos Estados e da União. A participação dos segmentos sociais que atuam na área da saúde é significativa e constitui um instrumento importante de controle social, ajudando a definir as prioridades e as políticas de saúde vinculadas à realidade regional. Os conselhos propiciam debates de idéias sobre as políticas de saúde, observando-se as realidades, características e necessidades locais. De acordo com o Conselho Nacional de Secretários Municipais

de Saúde – CONASEMS, considerando-se uma média de dez membros por conselho municipal, há cerca de 55 mil conselheiros de saúde no país (BRASIL, 2004c).

Há, no entanto, que se questionar sobre o preparo dos conselheiros para esta função. Até que ponto os conselheiros conhecem o SUS? E sobre suas comunidades? Sobre as entidades que representam? Sobre as suas realidades e necessidades de saúde? Até que ponto esta quantidade de conselheiros reflete qualidade de decisões, de debates, de deliberações?

A Conferência de Saúde reúne-se a cada quatro anos, com representação dos vários segmentos sociais, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos correspondentes níveis de atuação: federal, estaduais, regionais, municipais e locais. A Conferência é convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b).

Tanto os Conselhos quanto as Conferências tem sua organização e normas de funcionamento definidos em regimento próprio, aprovados pelo respectivo Conselho, e a representação dos usuários deve ser paritária em relação ao conjunto dos outros segmentos (BRASIL, 1990b).

Entretanto, segue o questionamento: o controle social exercido através dos conselhos e das conferências de saúde são realmente efetivos para a adoção de práticas e políticas de saúde em todas as esferas de governo? Por mais que se busque a paridade quantitativa nas composições dos conselhos, comissões internas, conferências, essa dita paridade é também alcançada qualitativamente? Todos os conselheiros têm o mesmo acesso às informações e têm o mesmo peso efetivo nas negociações das políticas, programas e ações de saúde?

Enfim, na prática, o SUS não é universal, não é igualitário, não é integral. Não consegue ser. E esta contradição entre o que é pregado e o que é efetivamente realizado permeia o trabalho do agente comunitário de saúde. Exige-se do mesmo atenção a todos os indivíduos de suas microáreas, mas dá-se aos mesmos um número maior de famílias que eles podem acompanhar. Exige-se visão integral, mas trabalha-se com priorização, ou seja, os agentes trabalham com as chamadas caixinhas: crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos... Exige-se visão integral da

comunidade, mas não há integração entre os diversos setores, tampouco apoio dos mesmos. Exige-se estímulo à participação social, mas os agentes não só participam pouco das demais entidades de sua comunidade como também não possuem participação alguma no Conselho Municipal de Saúde. Como conciliar discursos e práticas no trabalho do agente de saúde?

O Sistema Único de Saúde foi, e é, a política social mais inovadora adotada pelo Brasil após a abertura política e transição democrática, trazendo a todos os cidadãos brasileiros o direito de acesso aos serviços e ações de saúde, em caráter integral e igualitário. Apoiado na Constituição Federal de 1988, o SUS tomou corpo, e avançou-se para um processo de descentralização política e administrativa, fazendo com que as três esferas de gestão fossem responsáveis pela saúde dos cidadãos brasileiros.

Com certeza uma proposta inovadora. Com certeza, uma proposta ideal. Infelizmente, uma proposta utópica, insustentável, enquanto tivermos tamanhas dificuldades e desigualdades a enfrentar. Saúde não é a mera ausência de doenças, portanto, não é apenas este setor que deve trabalhar para melhorar as condições de saúde dos cidadãos deste país.

Enfim, a universalidade e a integralidade não são as diretrizes primeiras do SUS. Elas não serão alcançadas sem a devida e necessária integração entre os demais setores responsáveis pelos fatores condicionantes da saúde: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade de acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1987).

Voltando às questões metodológicas desta pesquisa, há que se comentar, ainda, sobre as facilidades e limitações do estudo realizado, bem como novos questionamentos que foram suscitados, e que podem vir a gerar novas pesquisas.

Em relação à execução do estudo, cabe informar que houve facilidade em encontrar referencial teórico sobre a abordagem dejouriana do trabalho; bem como de encontrar referencial teórico oficial e governamental sobre o Sistema Único de Saúde e sobre a estratégia de Saúde da Família. As portas da Secretaria Municipal de Saúde de Torres/RS estiveram abertas para a pesquisa, tanto na autorização para as entrevistas quanto na cedência de informações (impressos, acesso aos dados do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB).

Os enfermeiros supervisores dos agentes envolvidos na pesquisa abriram caminhos, possibilitando a entrada nas unidades de saúde, além de valorizarem a importância da pesquisa para os agentes de saúde. A maioria dos agentes que participaram das entrevistas decidiu falar abertamente e não houve desistências após a realização das mesmas. Com um grupo grande de agentes envolvidos, foi possível englobar agentes de várias características: gênero, idade, grau de escolaridade, zona de atuação,..., sendo, então, possível observar a diferença de percepções a partir das várias realidades. Outro ponto a considerar foi que as entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde de referência de cada agente, possibilitando visualizar e até mesmo vivenciar parte dos espaços, relacionamentos e realidades locais.

Em relação às limitações do estudo, há que se manifestar a dificuldade, embora pequena, de contato com Secretário de Saúde e enfermeiros supervisores (tempo disponível dos mesmos e da pesquisadora), a distância do município-sede das equipes de saúde, e a conseqüente necessidade de viagens constantes ao município escolhido. Houve resistência de alguns agentes em participarem da pesquisa, talvez por medo de algum tipo de represália, talvez por não haver interesse na mesma; e também houve a impossibilidade de ter entrevistado agentes de todas as equipes.

Outra limitação importante, e que cabe ser manifesta, é o fato de que, embora se tenha feito a proposta inicial de se analisar o significado do trabalho para os agentes comunitários de saúde, isso gerou um trabalho que compreende apenas um lado envolvido em todo um processo de reorganização do sistema. Assim sendo, tem-se apenas um lado da questão: a visão do agente. Para a proposta feita, está bem. No entanto, não se tem base forte sobre os fatos, a visão política e econômica da Secretaria de Saúde e da Prefeitura envolvidas na pesquisa sobre a estratégia de saúde da família no município e sua relevância (ou não) para a condução do sistema local de saúde. E, assim sendo, a crítica traçada ao SUS pode ser tendenciosa, uma vez que não se tem uma visão integral do mesmo, ou seja, de todos os atores envolvidos,

O presente trabalho suscitou novos questionamentos, os quais podem orientar estudos futuros, conforme o que segue.

Os agentes comunitários de saúde entrevistados afirmaram, em sua maioria, que gostam do seu trabalho, e vários deles não o trocariam por outro, se fossem mais valorizados. Desde 1979, vem sendo construído o termo *worklover*, a partir de pesquisas de integrantes do Laboratório de Psicologia do Trabalho da Universidade de Brasília, a respeito das relações entre trabalho e lazer (COSCARELLI, 2004). Este termo começou a ser utilizado há poucos anos. De acordo com Fraidenreich (2004), ele tem sido utilizado em contraposição e em caráter de crítica ao termo *workaholic*. O *worklover* pode ser definido como uma pessoa que fixa-se no trabalho com um sentido de criação; que pode perceber o poder de transformação de si mesmo e do mundo que o trabalho tem; é aquela pessoa que gosta muito do seu trabalho (inclusive os trabalhos chatos), que não o usa como meio para fugir da vida, mas sim que tem uma vida afetiva regular e satisfatória (CODO, 2004), declaração que vem acrescer ao que Dejours (1988) já opinava, que “o prazer no trabalho e os benefícios provenientes da relação de trabalho no registro de saúde também tem repercussões favoráveis na economia das relações da família (...)”.

Conforme Fraidenreich (2004), as profissões mais propensas à existência de *worklovers* são as menos alienantes, nas quais as pessoas são capazes de perceber o significado de seu trabalho, que tenha controle e conhecimento de seu processo.

Assim como há defensores do termo *worklover*, como Wanderley Codo, pesquisador da UNB, mas há também quem não o utilize, ou até mesmo critique-o, como José Roberto Heloani, pesquisador da UNICAMP e da FGV/SP, o qual defende que isso não exista, mas sim pessoas que gostem muito de seu trabalho (COSCARELLI, 2004). Face a essas opiniões, questiona-se: seriam os ACS *worklovers* ou trabalhadores que simplesmente gostam do que fazem?

Outro ponto de reflexões futuras diz respeito à remuneração do agente de saúde. O ACS é um trabalhador sabidamente mal remunerado, mas, na pesquisa realizada, poucas foram as referências a este aspecto. Assim sendo, como o agente de saúde percebe essa questão do pagamento por seu trabalho? Ele sujeita-se simplesmente, por uma necessidade de sobrevivência, por não ter outra opção? Ele considera a remuneração adequada para seu nível de formação? O gostar do trabalho influencia nesta sujeição?

Uma terceira questão levantada surge em torno dos espaços e tempos de trabalho dos agentes de saúde. Para DaMatta (2000), existem dois espaços distintos

de atuação do indivíduo: a casa e a rua, os quais estariam separados por um linha bastante perceptível. A casa seria o espaço doméstico, acolhedor, familiar e privado. A rua, por sua vez, seria o local de trabalho propriamente dito, público, frio e até mesmo perigoso. Os espaços não se misturariam, e a pessoa teria um sentido de pertencimento maior a um ou outro espaço.

Ora, transpondo-se os conceitos de casa enquanto comunidade, e de rua, enquanto unidade de saúde, pode-se dizer que o trabalho do ACS é feito na rua e em casa, e que estes espaços se confundem, tendo-se então uma nova visão sobre o que o autor DaMatta (2000) defende. Assim sendo, considerando-se que a casa e a rua mesclam-se, confundem-se, seria interessante saber, a quem o ACS se sente mais pertencente, à equipe de saúde ou à comunidade?

A formação do agente de saúde é outro aspecto passível de ser debatido. Adota-se como um requisito aos candidatos a ACS que eles saibam ler e escrever. Sabidamente, os níveis de formação educacional interferem na significação saúde-doença e de autocuidado, na noção de conservação ambiental e na percepção da necessidade de atuação do indivíduo em contextos sanitários coletivos. O grau de escolaridade é um elemento essencial a ser considerado na abordagem da população quanto às práticas em saúde, sejam elas em níveis de promoção, proteção ou recuperação da saúde (BRASIL, 2004e).

Assim sendo, o nível de educação formal dos responsáveis pela condução das famílias influencia em algumas condições de atenção à saúde. Quanto maior for o tempo de estudo de uma população, melhores são as suas condições de saúde. considerando-se que os agentes de saúde são profissionais que assumem, de certa forma, a responsabilidade pela condução – em saúde e qualidade de vida – de algumas famílias de suas microáreas, não seria um contra-senso pedir tão pouca formação a profissionais que estão na base do sistema e a quem cabem as tarefas de orientação e de conscientização em saúde e saneamento? O que pensam os gestores locais a respeito disso? O que fazem a respeito?

O aspecto relacional apontado na pesquisa feita, leva ao tópico confiança nas relações interpessoais. Fica evidenciada a importância da confiança em todas as relações interpessoais existentes dentro do trabalho da estratégia de Saúde da Família. Não apenas ética, nem apenas bom senso nas relações, mas também o confiar nas pessoas e nas informações que elas dão, nas atitudes e posturas que

elas irão adotar, são pontos interessantes a serem investigados em um trabalho vindouro. De acordo com Dejours (2002), a confiança está fundamentalmente ligada à efetividade de uma congruência no tempo, entre uma palavra que é dada e o comportamento que a segue, ou seja, o respeito a uma promessa. Como os agentes de saúde e os demais atores envolvidos com ele interpretam a confiança no âmbito do trabalho? Que fatores influenciam na formação e na deterioração da confiança dentro da estratégia de Saúde da Família?

Ainda tratando de relacionamentos, observou-se a existência dos elementos cooperação e competição nas fala dos agentes entrevistados. A questão que se faz é: seriam elas formas distintas de comprometimento e de trabalho efetivo das equipes? Cooperar e competir teriam efeito sobre a percepção de prazer e de sofrimento no trabalho dos agentes? Quais efeitos seriam? Os agentes percebem que competem entre equipes? Essas duas formas de manifestar-se nas equipes seriam saudáveis para as mesmas? A tais questões, caberia um novo estudo qualitativo.

Os agentes de saúde entrevistados têm consciência de que deveria haver mais propostas de atuação dentro das comunidades. No entanto, eles não participam tão ativamente quanto deveriam das demais entidades da comunidade, tampouco freqüentam as reuniões do Conselho Municipal de Saúde. O que os leva à não participação (ou à pouca participação)? Seria esse um reflexo de uma sociedade paternalista, o desconhecimento sobre a importância do controle social, descaso/desinteresse para com tais atividades?

Outro ponto de discussão refere-se à intencionalidade política do município em questão a respeito da estratégia de Saúde da Família. O município vê Saúde da Família como uma estratégia de organização do sistema de saúde a partir da atenção básica ou como mais um programa ditado pelo Ministério da Saúde? O município vê a atenção básica com a devida importância que a União prega? Os discursos da União, do Estado e do município em questão estão alinhados? Que importância o município dá aos agentes de saúde e ao seu trabalho? Qual é a lógica de atenção em saúde que o município em questão valoriza mais (embora se perceba que o município esteja em uma fase de convivência entre os dois modos de atenção): a antiga ou a nova? O que acontece nas fases de transição política?

Por fim, surge também a realidade da formação de redes de cooperação: o agente de saúde, se trabalhar com outras entidades da comunidade, fará parte de uma rede de entidades que cooperam entre si, visando o objetivo de qualidade de vida, justiça e equidade para os cidadãos. Essa rede engloba, principalmente, o terceiro setor. Seria interessante analisar a importância do terceiro setor e das assim chamadas redes de cooperação para o trabalho do ACS e para um efetivo atingimento do princípio da intersetorialidade (integração entre setores).

Enfim, vários foram os novos questionamentos que surgiram.

Acredita-se que esta pesquisa tenha atingido o objetivo a que se propôs, de analisar o significado do trabalho para os agentes comunitários de saúde, e dentro deste objetivo principal, se pôde atingir o objetivo de identificar fatores que implicam na significação do trabalho dos agentes, o objetivo de analisar a dicotomia prazer e sofrimento no trabalho, e o objetivo de identificar a existência de convergências entre a organização do SUS e a significação que os agentes de saúde têm do seu trabalho. Entretanto, o objetivo específico de analisar de forma crítica a organização do Sistema Único de Saúde não foi atingido de forma plena, uma vez que, mesmo se traçando uma crítica aos princípios norteadores do mesmo, não se estudou profundamente a organização e a gestão do sistema local de saúde. Não era o objetivo primeiro estudar a gestão da secretaria de saúde do município em questão, mas sim os seus agentes de saúde. Assim sendo, obteve-se uma visão parcial do sistema, o que, de certa forma, trouxe um viés à pesquisa, e prejudicou o atingimento de tal objetivo específico formulado anteriormente.

Este trabalho não finda aqui, certamente. Espera-se que, com ele, outras pessoas se interessem pelas várias temáticas que surgiram, e que trabalhem com elas. Não se espera a concordância plena com o que foi defendido nesta dissertação. Não se esperam consensos neste espaço de discussão. A oposição às opiniões também é bem vinda, pois a partir delas pode-se construir cada vez mais conhecimento.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

ALMA ATA. Declaração de Alma Ata. **Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde**. URSS, 06-12 dezembro de 1978.

ANDRADE, L.O.M. **Sistema de Salud de Brasil** – normas, gestion y financiamiento. São Paulo: Hucitec, 2002.

ANDRADE, O.M.; INOJOSA, R.M. Saúde da Família, Violência e Cultura da Paz. In.: **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Edição Especial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.55-61.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1983.

AUGUSTO, M.H.O.; COSTA, O.V. Entre o público e o privado: a saúde hoje no Brasil. In.: **Tempo Social: Revista de Sociologia**. São Paulo: USP, fev/2000. p.199-217

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, E. As idas e vindas do financiamento da política de saúde. In.:FALEIROS, V.P.; NUNES, S.P.; FLEURY, S (org.). **A Era FHC e o Governo Lula: transição?** Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2004. CD-ROM. p.151-190.

BÍBLIA Sagrada. Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969.

BONASSA, E.C.; CAMPOS, C.V.A. **Saúde mais perto – os programas e as formas de financiamento para os municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, fevereiro/2001.

BOTELHO, A. **Do fordismo à produção flexível**: a produção do espaço num contexto de mudança das estratégias de acumulação do capital. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. São Paulo: USP, 2000.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde** – Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil – 1988**. Brasília: Gráfica do Senado, 1988.

_____. **Lei n. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

_____. **Lei n. 9142/90**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

_____. **Lei nº 8.745/93**, de 09 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. 1993a.

_____. Norma Operacional Básica - SUS nº 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 1993b.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, 1995.

_____. Norma Operacional Básica – SUS nº 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. **Agentes em Ação**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

_____. **Portaria nº 1886/GM**, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, 1997b.

_____. **Emenda Constitucional nº 26/00**, de 14 de fevereiro de 2000. Altera a redação do art. 6º da Constituição Federal. Brasília, 2000.

_____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. NOAS-SUS 01/01. Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Núcleos de Saúde Integral**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria Executiva, 2004a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**. www.ibge.gov.br, acessado em dezembro de 2004b.

_____. Controle Social: mais estímulo à gestão participativa no SUS. In.: **Saúde, Brasil Especial**. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2004. ed.103. p.20. 2004c.

_____. Dez anos de saúde da família no Brasil. In.: **Informe da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, março/abril de 2004. Ano V. n. 21, 2004d.

_____. **Saúde Brasil 2004** – uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Análise de Situação de Saúde, maio de 2004e.

_____. Ministério da Previdência Social. **Histórico da Previdência Social: 1888-1933**. Disponível em http://www.mps.gov.br/01_03_01.asp, acessado em 05.01.2005a.

_____. **Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB**. Disponível em www.datasus.gov.br, acessado em outubro de 2005b.

_____. Fundo Nacional de Saúde. Resultados Alcançados. Disponível em www.saude.gov.br/psf, acessado em janeiro de 2006.

BRESSER PEREIRA, L.C. **Reforma do Estado para a Cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo: Editora 34, 2002.

CALLAHAN, D. Equity, Quality and Patient Rights: can they be reconciled? In.: LOLAS, F.; AGAR, L. (editors). **Interfaces between bioethics and the empirical social sciences**. Chile: World Health Organization/Panamerican Health Organization, 2002. p.33-36.

CARVALHO, N.M. **Os territórios da saúde e a saúde dos territórios: discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de atenção primária em Porto Alegre, RS**. Dissertação (Mestrado em Administração). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C.; ITOMI, A.H. **Indivíduo, Trabalho e Sofrimento**. Petrópolis: Vozes, 1993.

CODO, W. **É permitido gostar de trabalhar**. Disponível em www.unb.br/acs/acsweb/pauta/gostar_trabalho.htm, acesso em 21.05.2004.

COSCARELLI, C. **Workaholic ou Worklover?** Disponível em www.unb.br/acs/acsweb/clipping/work.htm e www.universiabrasil.net, acesso em 17.05.2004

DAMATTA, R. **A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré, 1988.

_____. A Carga Psíquica do Trabalho. In.: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. p.21-32.

_____. **O Fator Humano**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

_____. ABDOUCHELI, E. Desejo ou Motivação? A Interrogação Psicanalítica do Trabalho. In.: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994a. p. 33-44.

_____. Itinerário Teórico em Psicopatologia do Trabalho. In.: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994b. p.119-145.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In.: **Formação – Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência**. Brasília, 2001. v.1. n.2. p.5-15.

FALEIROS, V.P. A Reforma do Estado no Período FHC e as Propostas do Governo Lula. In.: FALEIROS, V.P.; NUNES, S.P.; FLEURY, S (org.). **A Era FHC e o Governo Lula: transição?** Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2004. CD-ROM. p.31-64.

FAVARET, F.P.; OLIVEIRA, P.J. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. **Dados Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, 1990. v.33. n.2. p.257-283.

FEGHALI, J. Neoliberalismo no Brasil: as reformas da Previdência, Administrativa e da Saúde. In.: CARRION, R.K.M.; VIZENTINI, P.G.F. (org.) **Globalização, neoliberalismo, privatizações** – quem decide este jogo? Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1998.

FORRESTER, V. **O Horror Econômico**. São Paulo: Editora Unesp, 1997.

FRAIDENREICH, Verônica. Existe versão saudável de workaholic. **Entrevista com Wanderley Codo**. Disponível em <http://www.folha.uol.com.br/folha/>. Acesso em 20.05.2004.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1987.

GOLDFINGER, C. **Trabalho e Extratrabalho**: em direção a uma cidade fluida. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

IANNI, O. **A Era do Globalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

KUNRATH, Ângela; KANTORSKI, Iara; BORGES, Rosane. Organização Regional da Coordenação de Atenção Integral à Saúde. In.: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Salles (org.) **O Fazer em Saúde Coletiva**: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: DaCasa: Escola de Saúde Pública, 2002. p.57-73.

MACHADO, E.N.M.; FORTES, F.B.C.T.; SOMARRIBA, M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. In.: **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. v.9. n.1. p.99-111.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. De olho no financiamento da atenção básica e no programa Saúde da Família. In: **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.72-85.

MISOCKZY, M.C. **A luta dos trabalhadores rurais pelo direito à saúde: a conquista que não houve**. Dissertação de Mestrado. PROPUR. Porto Alegre, 1989.

_____. **O Campo da Atenção à Saúde após a Constituição de 1988**: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: DaCasa, 2002.

MORAES, R. Análise de Conteúdo. In.: **Educação**. Porto Alegre: 1999. n.37 p.7-32.

MORGAN, G. **Imagens da Organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MÜLLER, J. Vínculo e Proximidade Afetiva com a População. In.: In: **I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família** — Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

NASCIMENTO, R. A mudança de papel do Estado Brasileiro: uma análise dos anos 50 aos anos 90. In.:BENECKE, D.W.; NASCIMENTO, R. **Opções de Política Econômica para o Brasil**. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003. p.187-206.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. **A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2000.

_____; BARALDI, S.; RODRIGUES, V.A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In.: BARROS, André Falcão R. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OLIVEIRA, A.G.R.C.; SOUZA, E.C.F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In.: **Odontologia Social**: textos selecionados. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. <http://www.ufrgs.br/eenf/disciplinasenf/enf01001/politicasdesaudetrajetoria.doc>, acessado em dezembro de 2004.

PEREIRA, M.J.B. et al. Assistência Domiciliar – instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In.: BARROS, André Falcão do Rego (org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v.2. p.71-80.

PRESTES MOTTA, F.C. **O que é burocracia**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

PUSTAI, O.J. O Sistema de Saúde no Brasil. In.: DUNCAN, B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

RIFKIN, J. **O Fim dos Empregos**. São Paulo: Makron Books, 1995.

SALOMÃO, A.K.; DREWS, K. A mulher e o mercado de trabalho. In.: INSTITUTO de Estudos Empresariais. **Cultura do Trabalho**. Porto Alegre: IEE, 2005. p.23-42.

SANTOS, Nelson Rodrigues. Um Novo Pacto para o SUS. In.: **Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família** – Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SECRETARIA DE SAÚDE E MAIO AMBIENTE/SSMA. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Normas e Diretrizes**. Porto Alegre, 1997.

SENNA, M.C.M. Equity and health policy: some reflections on the Family Health Program in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.18 sup. Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, H. M. O Programa de Saúde da Família no Contexto do Sistema Único de Saúde. In: **I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família — Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TAYLOR, F.W. **Princípios de Administração Científica**. São Paulo: Atlas, 1990.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TUNES, E. et al. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

VIZENTINI, P.G.F. A “Globalização” e os Impasses do Neoliberalismo. In.: CARRION, R.K.M.; VIZENTINI, P.G.F. **Globalização, Neoliberalismo, Privatizações** — quem decide esse jogo? Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1998. p.34-52.

WEBER, M. **Economia y Sociedad**. México: Fondo de Cultura Económica, 1969.

_____. **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

YIN, R. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXOS

ANEXO A

QUADRO 24: PROCESSO DE DERIVAÇÃO DE CATEGORIAS INICIAIS A CATEGORIAS FINAIS

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais	
1. Motivos para o trabalho	I - O Trabalho de ACS	A - COMPLEXIDADE DO SUS E O TRABALHO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	
2. Um oceano de atividades			
3. Percepções sobre o trabalho			
4. Papel e limites			
5. ACS como raiz e a dependência da comunidade			
28. O SUS melhor	VIII - O ACS e o Sistema Único de Saúde		
29. A má vontade e o empurra-empurra			
30. A falta de estrutura e as cobranças			
6. O reconhecimento das pessoas	II - Fontes de Prazer	B - A DICOTOMIA PRAZER E SOFRIMENTO	
7. Ser útil e poder ajudar			
8. As crianças	III - Fontes de Sofrimento		
9. Injustiças e desigualdades			
10. Os problemas e a falta de apoio			
11. A angústia pela não-mudança			
12. Desvalorização e discriminação profissional			
13. Reclamações injustas e falta de compreensão			
14. A morte			
15. A organização do PACS e a do PSF	IV - Organização do Trabalho		
16. A organização e o cumprimento das tarefas			
17. Tempo e espaço de trabalho	V - Condições de Trabalho		
18. Material de trabalho			
19. Transporte			
20. Uniforme			
21. Dias de chuva			
22. Relacionamento entre equipes	VI - Os relacionamentos internos		C - A IMPORTÂNCIA DOS RELACIONAMENTOS
23. Relacionamento com supervisão			
24. Relacionamento com a Secretaria Municipal de Saúde			
25. O relacionamento com a comunidade	VII - O ACS e a comunidade		
26. A dependência e o reconhecimento da comunidade			
27. Participação na comunidade			

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da análise dos dados coletados

ANEXO B

QUESTIONARIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA**GÊNERO:**

() Masculino () Feminino

IDADE: _____ anos

ESTADO CIVIL:

() solteiro
() casado/união estável/com companheiro
() separado/divorciado
() viúvo

POSSUI FILHOS? () Sim () Não

Se sim, quantos? _____

POSSUI DEPENDENTES? () Sim () Não

Se sim, quantos? _____

Se sim, qual é o vínculo de dependência? _____

TEMPO DE FUNÇÃO COMO ACS? _____

ZONA DE ATUAÇÃO: () Urbana () Rural

GRAU DE ESCOLARIDADE:

() Fundamental incompleto
() Fundamental completo
() Ensino médio incompleto
() Ensino médio completo
() Superior incompleto
() Superior completo

VÍNCULO COM A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

() PACS () PSF

PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:

() Sim () Eventualmente () Não () Nunca

ANEXO C

ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

- O que o trabalho significa para ti? Por que tu trabalhas?
- Fala sobre o trabalho de agente comunitário de saúde
- O que te dá prazer no trabalho?
- O que te faz sofrer?
- Fala das tuas condições de trabalho
- Fala da organização do teu trabalho, do PSF/PACS
- Como é teu relacionamento com a equipe? Com os outros agentes?
- Como é teu relacionamento com a enfermeira supervisora?
- Como tu vês o relacionamento com a SMS?
- Tens alguma história marcante para contar?
- Tens sugestões a fazer, de mudança ou melhoria?

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Torres (RS), ____/____/____

Pelo presente documento, eu (nome do agente de saúde), abaixo assinado, consinto em participar da pesquisa de Alexandra Jochims Krueel, intitulada Análise do Significado do Trabalho para os Agentes Comunitários de Saúde.

Declaro estar ciente de que minhas declarações serão gravadas, transcritas e analisadas; de que as entrevistas não serão repassadas para qualquer outra pessoa; de que não serei identificado; de que posso desistir da minha participação na pesquisa a qualquer tempo da realização da mesma e de que fui comunicado verbalmente dessas condições.

Este documento vai assinado também pela autora da pesquisa, como forma de comprometimento com as condições supra referidas.

ACS

Alexandra Jochims Krueel