



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE AUTONOMIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

EDSON ROBERTO MUNIZ

Orientadora: Profa.Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo

Guarulhos
2007



EDSON ROBERTO MUNIZ

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE AUTONOMIA DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade
Guarulhos para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Tamara Iwanow Cianciarullo

Guarulhos
2007

M963c Muniz, Edson Roberto
Caracterização do perfil de autonomia do agente comunitário. /
Edson Roberto Muniz. Guarulhos, 2007.
314. f. : il. ; 31 cm

Dissertação (Mestre em Enfermagem) - Centro de Pós-
Graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade Guarulhos, 2007.
Orientador: Prof. Dra: Tamara Iwanow Ciannciar
Bibliografia: 283-293

1. Autonomia. 2. Agente comunitário 3. Programa saúde da
família. 4. Grupo focal. I. Título. II. Universidade Guarulhos.

CDD - 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

iii



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada “CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE AUTONOMIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE”, em sessão pública realizada em 25 de setembro de 2007, considerou o candidato EDSON ROBERTO MUNIZ aprovado.

1. Profa. Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo

2. Profa. Dra. Yeda Ap. Oliveira Duarte

3. Profa. Dra. Rosa Aurea Q. Fernandes

“É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte”.

DEDICATÓRIA

A Deus, por me fortalecer nesta caminhada;

Aos meus pais, que entenderam que eu queria mais da vida, e desta forma me mostraram os caminhos;

À minha sogra, que me suportou em vários momentos, e meu sogro, que sempre confiou em mim e me apoiou;

Aos meus tios Rubens e Roseli e sua filha Roberta, que me acolheram em sua casa durante vários dias, o meu carinho.

Aos meus primeiros mestres: Técnico de Enfermagem Moacyr e a Atendente de Enfermagem Maria Helena Steola, que me deram muito mais que ensinamentos sobre técnicas de enfermagem, me ensinaram a ver o outro na sua essência;

À Enf. Rosa Bison, responsável pela minha formação e por me fazer acreditar que o enfermeiro pode ser muito mais que um aplicador de injeções, é um profissional que tem em suas mãos a arte e a ciência do cuidar;

A Enf. Tânia Braidotti, minha irmã... que muitas vezes acalmou minha alma;

Aos meus amigos: Márcia, Valmir, Mônica, Ernani, Alexandre e Paula, que muitas vezes me apoiaram nesta caminhada;

À Marissol, companheira que compreendeu todas os momentos de isolamento que tive durante este trabalho;

À minha filha Milena, razão principal da minha vida, que via seu pai sair para estudar e, nos momentos mais difíceis, chegava perto e abria um sorriso energizante, só posso dizer... Te Amo do Tamanho do Mundo ao Quadrado.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria do Carmo Querido Avelar, Coordenadora do Programa de Mestrado que sempre esteve presente nos momentos mais conturbados desta caminhada, nunca me esquecerei.

À Profa. Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo, Orientadora deste trabalho, confesso que em você encontrei muito mais que conhecimento, encontrei o carinho e a compreensão de uma amiga muito especial, jamais poderei agradecer todos os momentos de apoio, muito obrigado;

Ao Corpo Docente do Programa de Mestrado da Universidade Guarulhos, mais que educadores, considero todos partes da minha história, deixo o meu abraço amigo;

À Jane, sempre presente e me dando forças nesta caminhada que percorri, muito obrigado por tudo;

A Enf. Ivana, que sempre me estimulou desde o início deste trabalho;

À amiga e colaboradora Rita, que participou do desenvolvimento deste trabalho;

Aos colegas enfermeiros: Daniela, Ilídia, Marili, César e aos técnicos de enfermagem do Samu de Araras, que facilitaram os meus plantões, quando necessitei;

Aos Grupo de Agentes Comunitários de Saúde do PSF de Araras, grandes responsáveis por este estudo;

À Secretaria de Saúde de Araras e Coordenação de PSF, por autorizarem a pesquisa.

Caracterização do Perfil de Autonomia do Agente Comunitário de Saúde [dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos, 2007.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que teve como objetivo caracterizar o conceito autonomia sob a ótica dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, lotados em equipes do Programa Saúde da Família no município de Araras. Utilizou-se como método de coleta de dados o Grupo Focal. Foram realizados nove encontros, orientados por um Guia de Temas previamente estabelecido, sob a orientação de um Moderador e a participação de uma Observadora, o que facilitou o processo de documentação das discussões. Fazendo uso das etapas de análise de Bardin, foram identificadas sete Categorias que representam o cotidiano destes sujeitos e a caracterização do tema central. Foram as seguintes as categorias identificadas: o Agente Comunitário de Saúde no contexto do PSF; o processo de seleção e treinamento do ACS; o ACS como categoria profissional; o ACS no contexto das relações multiprofissionais; o relacionamento do ACS com a comunidade; a autonomia do ACS; e o Elo Perdido. Em muitos momentos percebeu-se uma dimensão específica, relacionada à sua interação com o contexto, evidenciada pela explicitação da expressão “Elo Perdido”, que fomentou grande parte dos debates. Os achados da pesquisa vêm aguçar reflexões sobre o Ser Agente, suas atribuições e atividades, as Estratégias de Atenção Básica, os modelos de implantação e gestão do PSF, e a valorização deste novo profissional e sua autonomia.

PALAVRAS CHAVES: Autonomia, Agente Comunitário de Saúde, Programa Saúde da Família, Grupo Focal.

Muniz ER. Characterization of the Profile of the Health Communitarian Agent's Autonomy. [assey]. Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos, 2007.

ABSTRACT

This qualitative research aims at characterizing the Health Communitarian Agent's (ACS) autonomy concept filled within the Family Health Program in Araras City. Data collection was based in the Focal Group method . Nine meetings were carried through, with preestablished thematic guidelines, under specialized orientation and observation, which made the discussion documentation process easier. Using the Badin's step analyses, seven Categories were identified representing the subjects' daily routine and the central theme characterization. The categories were: the Health Communitarian Agent in the Family Health Program context; training and selection processes; the Communitarian Agents as a professional category; their atuação in multi-professional context; in the community; their autonomy; and the Lost Link. During several moments a specific dimension was noticed, related with its interaction with the context, evidenced by the apprehension of the expression "Lost Link ", playing an important role in the debates. The findings in this research allows more reflections about Communitarian Agents, their attributions and activities, the Basic Attention Strategies used in the Family Health Program, management and implementation model applied, together with the new professional's valorization and autonomy.

Keywords: Autonomy, Health Communitarian Agents, Family Health Program, Focal Group.

Muniz ER. Caracterización del Perfil de Autonomía del Agente Comunitario de Salud (disertación). Guarulhos (SP): Universidad de Guarulhos, 2007.

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo una investigación cualitativa, que caracteriza el concepto de Autonomía del punto de vista de los Agentes Comunitarios de Salud – ACS, ubicados en equipos del Programa de Salud de la Familia en el municipio de Araras (SP).

Utilizando como método de colecta de datos el Grupo Focal, fueron realizados nueve encuentros, orientados por un Guía de Temas previamente establecido, sobre la orientación de un Moderador y la participación de una Observadora, lo que facilitó el proceso de documentación de las discusiones. Utilizando las etapas de análisis de Bardin, fueron identificados siete categorías que representan el día a día de estos individuos y la caracterización del tema central. Fueron identificadas las siguientes categorías: el Agente Comunitario de Salud en el contexto del PSF; el proceso de selección y entrenamiento de ACS; el ACS como categoría profesional; el ACS dentro del contexto de las relaciones multiprofesionales; relaciones del ACS con la comunidad; la autonomía del ACS; y el Eslabón Perdido. Muchas veces se observó una dimensión específica, relacionada a su interacción con el contexto, puesto en evidencia por la expresión literal del “Eslabón Perdido”, que fomentó una gran parte de los debates. Los resultados de la investigación vienen a intensificar la reflexión sobre el Ser Agente, sus atribuciones y actividades, las Estrategias de Atención Básica, los modelos de implementación y gestión del PSF, y la valorización de este nuevo profesional y su autonomía.

PALABRAS CLAVES: Autonomía, Agente Comunitario de Salud, Programa Salud de la Familia, Grupo Focal.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	19
3. OBJETIVO	20
4. MÉTODOS	21
4.1 Tipo de Pesquisa – Grupo Focal como Método	21
4.2 Referencial Teórico	21
4.3 Contexto da Pesquisa	23
4.3.1 Dados gerais do Município de Araras	23
4.3.2 Local de Pesquisa.....	23
4.4 Procedimentos Éticos	24
4.5 Os Participantes da Pesquisa	25
4.5.1 Seleção dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS's e Composição do Grupo Focal – GF	25
4.5.2 As Entrevistas	27
4.6 O Grupo Focal – GF como Método	34
4.6.1 Operacionalização dos Encontros Agendados.....	34
4.6.2 Número de Encontros Realizados.....	35
4.6.3 Duração do Grupo Focal – GF	35
4.6.4 Funcionamento do Grupo Focal - GF.....	36
4.6.5 Técnicas de Debate em Grupo	37
4.6.6 Moderador.....	38
4.6.7 Observador	38
4.6.8 O Local dos Encontros do GF.....	39
4.6.9 O Transporte dos Integrantes do GF.....	40
4.6.10 Guia de Temas – GT.....	40
4.6.11 Descrição Sumária dos Encontros realizados.....	43
5. ANÁLISE DOS DADOS	60
6. DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS	61
6.1 Categoria 1 - O Agente Comunitário de Saúde no contexto do PSF	61
6.1.1 O perfil do ACS	62
6.1.2 Atribuição	64
6.1.3 Atividade	71

6.2 Categoria 2: O processo de seleção e treinamento do ACS	75
6.2.1 Seleção	76
6.2.2 Treinamento	80
6.2.3 Educação Permanente	83
6.3 Categoria 3: O ACS como categoria profissional	86
6.3.1 O ACS como Categoria Profissional	87
6.4 Categoria 4: O ACS no Contexto das Relações Multiprofissionais	91
6.5 Categoria 5: O relacionamento do ACS com a comunidade	101
6.5.1 O ACS e a Comunidade	103
6.6 Categoria 6: A Autonomia do ACS	110
6.6.1 O conceito	111
6.7 Categoria: O Elo Perdido	119
6.7.1 O “Elo Perdido”	120
7. CONCLUSÃO	127
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
9. REFERÊNCIAS	136
10. ANEXOS	143

1. INTRODUÇÃO

Na minha carreira profissional sempre busquei o aperfeiçoamento da eficiência das ações relacionadas com o atendimento ao cliente. Esta busca me fez tentar entender como os demais profissionais atuam, quais os limites destes atos e como eles entendem esses limites.

Quando iniciei a graduação em 1991, nas Unidades Básicas de Saúde - UBS existentes no município de Araras, cujos campos de estágio eram disponibilizados para a Disciplina de Saúde Coletiva do Curso de Enfermagem, o trabalho era pautado por uma assistência totalmente fragmentada, o enfermeiro não tinha o conhecimento da população sob sua responsabilidade, nem a proximidade necessária.

As Unidades Básicas de Saúde - UBS contam com uma equipe composta por um enfermeiro, três médicos, dois auxiliares de enfermagem e dois agentes administrativos respondendo pela assistência à população¹.

Durante os procedimentos efetuados junto aos clientes sempre me pautei mais pela resolução dos problemas do momento e menos pela definição dos aspectos que garantissem as condições de saúde e qualidade de vida dos usuários do serviço.

Nesta mesma época, na região nordeste do país, iniciava-se a implantação de um novo modelo de assistência à saúde, voltado à na prevenção de riscos e agravos e promoção e manutenção da saúde do indivíduo e família. O Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS ² - tem como objetivo o relacionamento da comunidade com a equipe de saúde local, causando um impacto real na qualidade da saúde do indivíduo e família, pelo fato de a ligação ser feita por um membro da própria localidade, o Agente Comunitário de Saúde - ACS.

Este programa preconiza a inversão de um modelo focado em práticas curativas, com a equipe de saúde longe do foco que é a comunidade, suas angústias e medos, para um modelo que provocava a vinculação dos indivíduos e famílias à Unidade Básica de Saúde, tendo como referência central a família, a partir do ambiente em que vive, verificando os níveis de riscos a que seus membros estão expostos no cotidiano².

A saúde pública no Brasil sofria uma transformação nesse período, com a criação desse programa (PACS), para aprimorar a atenção básica de saúde, numa ampla visão de promoção à saúde.

Em 1994 o Ministério da Saúde – MS - inicia o Programa Saúde da Família – PSF³. O programa apresentava algumas particularidades, como: a territorialização, o levantamento de riscos, a classificação das famílias, o fortalecimento do vínculo entre comunidade e equipe, entre outras. O PSF é uma estratégia voltada à saúde da família e da comunidade.

A equipe deve ser composta de: um enfermeiro, um médico, um dentista, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar administrativo e cinco Agentes Comunitários de Saúde, visando o atendimento de cerca de 1000 famílias.

Uma das pilastras desta estratégia é o Agente Comunitário de Saúde – ACS, e as suas ações estão sob a supervisão do enfermeiro da Unidade de Saúde da Família – USF.

Para o sucesso dos programas acima referidos, o ACS é essencial, pois constitui um elo entre o programa de saúde definido e a comunidade a ser atendida.

Dentre as suas atribuições estão o levantamento dos problemas e orientações de saúde, sendo interessante que faça parte da comunidade a ser atendida, facilitando a sua aceitação como agente transformador. Esta ação transformadora é proporcionada pelo vínculo existente entre a comunidade e o ACS, sendo que, em grande parte dos programas implantados, ele faz parte da comunidade⁴.

O Ministério da Saúde tem como objetivo a implantação da Estratégia de Saúde da Família, o PSF como padrão de assistência à saúde no país, o que significa que esses Agentes Comunitários de Saúde, bem como outros profissionais da Equipe de Saúde da Família – ESF, devem ser treinados e orientados quanto a sua nova função.

O ACS desenvolve suas ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade de programação e supervisão de suas atividades. São suas atribuições²:

- Realizar mapeamento de sua área de atuação;
- Cadastrar e atualizar as famílias de sua área;
- Identificar indivíduos e famílias expostas à situação de risco;
- Realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;

- Desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção a saúde e prevenção de doenças;
- Promover educação em saúde e mobilização da comunidade, visando uma melhor qualidade de vida, mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;
- Incentivar a formação de conselhos locais de saúde;
- Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;
- Informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;
- Participar do processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de Saúde da Família, com vistas à superação dos problemas identificados.

Algumas características são necessárias para que o ACS possa atingir estas metas: conhecer bem a comunidade onde vive; ter espírito de liderança e solidariedade; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; residir na comunidade há pelo menos dois anos e ter disponibilidade e tempo integral para exercer suas atividades⁴.

Para atingir os objetivos relacionados aos processos de trabalho que lhe cabem desenvolver, os ACS's contam com a supervisão do enfermeiro. O que me interessa na realidade é: quais destas atribuições o ACS considera de sua própria competência, para serem efetivadas com autonomia, e em que situações e/ou condições se sente confortável para executá-las, visto que nem sempre o enfermeiro está ao seu lado?

No ano 2000, o município de Araras contava com seis equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS e sete equipes do Programa Saúde da Família – PSF, com seus próprios Agentes Comunitários.

Nesse ano fui contratado por concurso público para trabalhar em uma unidade de PACS na zona leste do município, com uma equipe de cinco Agentes Comunitários de Saúde, onde desenvolvia ações de prevenção e identificação de riscos à saúde da comunidade. Então comecei a observar que na equipe em que atuava, os Agentes Comunitários de Saúde - ACS não pertenciam à comunidade e o nível educacional era muito superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde – MS, visto

que dois tinham segundo grau completo, um tinha concluído o Curso de Magistério, um cursava o terceiro ano do Curso de Farmácia e o quinto era formado em Biomedicina e já havia cursado dois anos da faculdade de medicina.

A minha dúvida e a deles também era: tendo níveis educacionais superiores ao exigido, até que ponto poderiam tomar decisões relativas às orientações que os membros das famílias solicitavam? Mediante o modelo de assistência a ser desenvolvido pela equipe, qual a autonomia deste profissional na assistência à saúde da população, visto que o Ministério da Saúde – MS designava algumas ações específicas para eles, principalmente para aqueles que sabiam apenas ler e escrever?

Em 2002, após dois anos de experiência no Programa Saúde da Família – PSF fui convidado para dar aulas no curso de Pós-Graduação de Programa Saúde da Família em uma faculdade do município de Araras, e a dúvida mais evidente entre os enfermeiros era: qual nível de decisão o Agente Comunitário de Saúde - ACS pode ter, ou seja, qual a sua autonomia?

A partir de então, venho estudando essas questões sendo este o intuito desta pesquisa.

Em 2002 deu-se a regulamentação da profissão, com a publicação da Lei 10.507 do Ministério da Saúde.

De acordo com um levantamento realizado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, existem 25141 equipes de Saúde da Família, responsáveis por uma cobertura populacional de 80.304.973 habitantes, ou seja, 45,3% da população, sendo que o número de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil é de 210.887⁵.

Atualmente o município de Araras conta com dezesseis equipes de Programa Saúde da Família – PSF, sendo que uma delas está na zona rural. Contextualizando esta realidade observei que o programa Saúde da Família mostra-se como um importante fator econômico de exposição, na questão da empregabilidade local.

O projeto contribui em duas pontas sociais, a retomada do emprego para o cidadão e a atuação de um profissional da comunidade para a comunidade.

Estes aspectos quantitativos caracterizam a importância de estudar não apenas a sua adequação às necessidades formais da comunidade, mas também a sua formação e atuação, visando à consolidação da sua identidade profissional.

Há que se destacar, ainda, a questão dos Conselhos Federais de algumas profissões, que, visualizando a desorganização dos padrões tradicionais dos campos de atuação profissional⁶, não se encontram preparados para assumir uma redefinição de competências exigidas pelos novos programas e pela inserção de um novo profissional no cenário da saúde.

Nesse contexto de atuação ainda conflitiva questiona-se o nível de autonomia do ACS, pois nem sempre a sua capacitação atual é apropriada para o exercício de tarefas preconizadas pelo Ministério da Saúde, mesmo com a supervisão exercida pelo enfermeiro.

Assim, várias entidades veem a atuação deste profissional, em alguns casos, como exercício ilegal da profissão⁶.

Neste sentido, este trabalho propõe-se a descrever o âmbito de atuação autônoma dos ACS's no cenário do Programa Saúde da Família (PSF), caracterizado pelos próprios ACS's.

Acredito que, a partir da realidade existente, pode-se propiciar momentos de reflexão coletiva a estes sujeitos, sobre a compreensão e o entendimento formal de suas funções, por meio de uma estratégia que favoreça a discussão e a consequente construção de um padrão de conhecimento desta mesma realidade. Para tanto, há que se desenvolver a conceitualização do termo autonomia dentro do entendimento dos ACS's, partindo de conceitos existentes encontrados na literatura. Dessa forma, na literatura encontrei o embasamento para trabalhar o termo autonomia, definindo o guia de temas a serem abordados e a metodologia a ser utilizada, o Grupo Focal – GF.

Autonomia é um complexo fenômeno multidimensional, derivado do grego *autos* e *nomos*, significando gerir a si próprio^{7,8}. De acordo com o dicionário⁹, autonomia é: “faculdade de se governar por si mesmo; liberdade ou independência moral ou intelectual; e propriedade pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta”.

Autonomia¹⁰ técnica é definida de três formas: o profissional trabalha com a noção de autonomia plena, buscando alcançar o mais amplo espectro de independência na execução de suas intervenções; ignora o âmbito de autonomia no qual realiza seu trabalho; e a terceira forma apreende o caráter interdependente da autonomia técnica do conjunto dos agentes. A autonomia profissional pode ser interdependente em relação ao julgamento e à tomada de decisão de outro agente, dada à

complementaridade dos trabalhos especializados (neste caso específico, a supervisão do enfermeiro).

Ao pensar a competência humana como pano de fundo onde se desdobram todas as capacidades necessárias, torna-se imprescindível compreendê-la como um conceito político educacional abrangente, como um processo de articulação e mobilização gradual e contínua de conhecimentos gerais e específicos, de habilidades teóricas e práticas, de hábitos, atitudes e valores éticos, que possibilitem ao indivíduo o exercício eficiente de seu trabalho, a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social, além de sua efetiva autorrealização¹¹.

Dessa forma, a autonomia profissional será compreendida como capacidade do ACS de executar e desenvolver um senso crítico e independente dentro da sua atividade, fazendo uso de suas competências, baseando-se em conhecimentos, experiências e vivências próprias desenvolvidas no cenário da comunidade onde atua.

Autonomia¹² é hoje prioridade requisitada no mundo globalizado. Cada vez mais se constata uma profusão de novos sentidos para a palavra, que passa a exercer grande força para qualificar a ação humana. Atualmente, podemos mapear o conceito de autonomia em todas as circunstâncias da vida social, intensificando-se, na era da globalização, o emprego deste termo numa multiplicidade de contextos.

Esse reconhecido valor constitui, portanto, uma categoria central da essência da vida humana, e como tal, confere o poder de determinar os processos e as estratégias de ação, escolher caminhos e alternativas, bem como objetivar desejos e ideais no sentido de efetivar a ação crítica nas mais diversas situações que a vida nos impõe.

Bianco¹³ esclarece que para percebê-la como ação do cotidiano, é necessário percebê-la na composição teórica.

Quanto à semântica, autonomia é uma palavra grega que comporta o adjetivo pronominal autos, que significa ao mesmo tempo “o mesmo, ele mesmo e por si mesmo” e “nomos, que significa uso, lei, convenção, instituição”¹⁴.

Dois temas comuns emergem deste exame breve das três formas de autonomia: autonomia é mais que liberdade de interferência (todas as teorias aceitam esta idéia) e certos critérios devem ser conhecidos, antes de um indivíduo ser considerado autônomo¹⁵.

Assim, entendo que o conceito de autonomia a ser oferecido aos ACSs deve partir deste referencial teórico, visando à construção de seu próprio conceito, baseando-se nas realidades vivenciadas no cotidiano de suas funções.

2. JUSTIFICATIVA

Ao iniciar o mestrado, a questão que me intrigava era o grau de autonomia percebido pelo Agente Comunitário de Saúde, nas atividades que desenvolve no cotidiano da profissão.

Em julho de 2000, com a responsabilidade por uma equipe de Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS no Município de Araras, percebi, de imediato, que alguns ACS's tinham a formação limitada, apresentando dificuldades para entender a sua função dentro do Programa Saúde da Família - PSF, enquanto outros, com formação de segundo e terceiro grau, apresentavam outro tipo de dificuldade.

Participando de cursos de capacitação para profissionais de nível superior, observei que algumas das funções pré-estabelecidas para os ACS's mereceriam uma capacitação mais apurada, para uma boa execução.

Nesse sentido, após a minha capacitação, passei a promover reuniões e traçar metas para que os profissionais se aprimorassem, proporcionando à comunidade assistida um maior aproveitamento dos serviços prestados pelo PSF.

Após um ano e meio trabalhando com essa equipe, iniciei, no final de 2002, minhas atividades no Curso de Especialização em Saúde Familiar e Home Care em um Centro Universitário, e percebi que os enfermeiros, enquanto alunos do referido curso, me questionavam sobre quais funções seriam de competência dos ACS's e como promover sua boa execução.

Uma das questões se voltava às ações dentro do ACS que poderiam ser por eles levadas a termo, com autonomia, partindo da proposta padronizada pelo Ministério da Saúde (MS)¹⁴, conforme descrito nos protocolos dos programas PACS e PSF.

Pude compreender a importância de estudar, então, a questão da autonomia profissional, sob a ótica do próprio Agente Comunitário de Saúde.

3. OBJETIVO

Descrever as ações que os ACS, no conjunto de suas atribuições, sentem que podem desenvolver com autonomia, caracterizando o conceito de autonomia na visão dos mesmos.

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de Pesquisa – Grupo Focal como Método

É um estudo qualitativo exploratório, utilizando o Grupo Focal – GF, como método. O enfoque preconizado¹⁶ foi o escolhido, no modo independente, buscando a exploração do conhecimento e elaboração do conceito e suas características, pelos sujeitos da pesquisa.

Minha opção por este método foi determinada pelo tipo de problema a ser investigado, pois proporciona uma discussão entre os atores e o pesquisador. A intenção é identificar o conceito de autonomia, segundo os Agentes Comunitários de Saúde – ACS's, a partir da análise de suas atividades no cotidiano.

Debus¹⁷ descreve três razões para o uso desta técnica: a interação do grupo, que proporciona respostas mais consistentes e permite o surgimento de idéias novas e originais; a observação, que permite ao pesquisador conhecer “in loco” as atitudes, comportamentos e percepções dos pesquisados; o aspecto econômico, pois os custos e o tempo gasto nessa forma de pesquisa são menores.

Grupo Focal (GF)¹⁸ foi utilizado como método, pois valoriza a comunicação entre os participantes da pesquisa, a fim de gerar dados, o que significa que, em vez de o pesquisador pedir a cada pessoa para responder a uma pergunta por vez, todos são estimulados a falarem uns com os outros, a perguntarem, a trocarem histórias e comentarem sobre suas experiências e pontos de vista.

O GF aproveita a dinâmica de grupo e permite que um pequeno grupo de participantes seja guiado por um moderador qualificado para alcançar níveis crescentes de compreensão e aprofundamento das questões fundamentais de um tema objeto de estudo; neste caso, a autonomia do ACS¹⁷.

Foi composto um Grupo Focal - GF como forma de coleta de dados, com indivíduos com características de coesão como um coletivo, baseando-se na interação entre os participantes da pesquisa, na geração desses dados¹⁸.

4.2 Referencial Teórico

Tomei como base referencial o modelo de Walker e Avant¹⁹, que analisa o conceito como uma estratégia para conhecer os atributos ou características que lhe são

inerentes, definindo-o como uma construção mental que representa categorias de informação.

A análise do conceito é importante pela identificação dos atributos no desenvolvimento de teorias de pesquisas.

O entendimento de que esse processo reflexivo e crítico, com envolvimento da representação de idéias com palavras; distinção de características de um conceito; explicitação de conceitos vagos e ambíguos até o refinamento dos termos (alguns dos aspectos considerados fundamentais para o alcance do objetivo deste estudo), justifica a escolha do modelo de Walker e Avant²⁰.

Foram utilizadas algumas das etapas desse referencial, com o objetivo de direcionar o desenvolvimento do conceito de autonomia e contribuir para a reflexão sobre a temática dentro do processo de trabalho.

As etapas propostas pelos autores são:

1. Seleção do conceito;
2. Determinação dos objetivos ou propósitos da análise;
3. Identificação dos usos do conceito;
4. Determinação de atributos definidores;
5. Construção de modelo de caso;
6. Construção adicional de casos: limítrofes, contrários, relacionados, inventados e ilegítimos;
7. Identificação de antecedentes e conseqüências;
8. Definição dos referentes empíricos.

Na seqüência, explico e descrevo cada etapa a ser utilizada no estudo. Os itens do modelo, que serão apresentados, são:

- Identificação dos usos do conceito;
- Determinação de atributos definidores;
- Identificação das conseqüências.

O conceito de autonomia a ser colocado em discussão será: “Autonomia é a vontade de auto gerir-se do profissional, sustentada por competências e habilidades adquiridas de conhecimentos e experiências vivenciadas anteriormente”.

4.3 Contexto da Pesquisa

4.3.1 Dados gerais do Município de Araras

O município de Araras encontra-se no noroeste do estado de São Paulo, a 177 km da capital, ocupa uma área de 610 km², sendo 320 km² de área urbana, com uma população, segundo o censo IBGE 2000, de 107.716 habitantes, sendo 93,52% na área urbana e 6,48% na zona rural. Apenas 1,77% das famílias não possuem rede de esgoto e, embora não haja favelas, observa-se o crescimento de famílias agregadas no mesmo domicílio. A população está dividida da seguinte forma: 49,92% são homens e 50,08% são mulheres, a faixa etária predominante está entre 30 à 39 anos, a constituição familiar média é de 4 integrantes.

Existe um grande número de migrantes da região nordeste, pois na zona rural está instalada uma das maiores usinas de açúcar e álcool do Estado de São Paulo, promovendo um alto número de trabalhadores neste segmento e gerando um índice elevado de residências com mais de uma família, visto que é costume desta população trazer seus parentes e amigos, e abrigá-los em suas casas.

Outro fator que contribui para tanto é que o povo ararense é acolhedor, e propicia a oportunidade para cada cidadão, natural ou migrante, de buscar o seu reconhecimento e valor social. Existem vários programas sociais desenvolvidos pela prefeitura municipal, visando promover esta interação social.

Devido a esta particularidade o município também recebeu quatro assentamentos rurais, atendidos por um projeto subsidiado pelo governo do Estado. Esta estratégia de atendimento determina a formação de equipes de Programa de Saúde da Família específicas para o atendimento na zona rural.

Todas estas características contribuíram para a escolha do município como campo de pesquisa, além da facilidade de penetração junto ao sistema.

4.3.2 Local de Pesquisa

Os motivos que levaram à escolha do Município de Araras foram: a sua proximidade de minha residência; o trabalho como servidor público lotado na Secretária de Saúde de Araras; o conhecimento do programa; e a boa penetração entre os Agentes Comunitários de Saúde.

Foi informal o primeiro contato para a realização deste trabalho, com a Secretaria de Saúde do município, junto à Coordenação de Enfermagem e à Diretoria de Saúde. Um ofício solicitando a autorização para a realização da pesquisa foi-lhes por mim enviado (Anexos I e II).

Uma das primeiras dificuldades encontradas foi a troca do Coordenador de Enfermagem, fato que determinou a necessidade de realizar novas reuniões para explicar o projeto, o que causou um atraso no início de indicação dos ACS's para a composição do GF.

Solicitei, junto à Coordenação de Enfermagem, autorização para participar de uma reunião ordinária da equipe de enfermeiros do programa, para expor os objetivos do estudo a ser realizado com os ACS's. Nesta reunião houve vários questionamentos sobre as condições de liberação dos agentes e sobre as conseqüências desta atividade na produtividade do mês, decorrente da falta dos profissionais no local de trabalho.

Após a reunião notei que alguns enfermeiros ainda demonstravam certa resistência na liberação e no estímulo para a participação dos Agentes Comunitários de Saúde no projeto, mas resolvi enfrentar o desafio.

4.4 Procedimentos Éticos

Solicitei as autorizações à Secretaria Municipal de Saúde do município de Araras e à Coordenação de Enfermagem conforme descrição anterior.

A pesquisa obedece à Resolução 196/96 do MS²¹, sendo autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos - UnG.

Foram fornecidos todos os dados referentes aos aspectos legais, e o projeto foi examinado pelo próprio gestor local, que autorizou a utilização do PSF como campo de pesquisa.

Depois de firmado este compromisso busquei a adesão dos ACS's por meio de contato direto nas Unidades de Saúde da Família – USF.

Deixei claro aos pesquisados a livre participação e a desistência no decorrer da pesquisa, sem que isto causasse prejuízos a sua imagem; para tanto, seguimos os rigores éticos conforme a portaria citada anteriormente.

A autorização dos pesquisados foi concedida mediante a assinatura do Termo de Livre Consentimento Esclarecido – TLCE, considerado como referência em todas as etapas envolvendo o contato com os sujeitos do projeto. Anexo III.

4.5 Os Participantes da Pesquisa

Os participantes são Agentes Comunitários de Saúde – ACS's, lotados em equipes de Programa Saúde da Família, trabalhando há no mínimo dois anos no programa e um ano na Unidade de Saúde da Família – USF, e que aceitaram fazer parte da pesquisa.

A seleção dos participantes foi feita pelo pesquisador, após aplicação de um questionário e entrevista seletiva - Anexo IV, objetivando a seleção dos componentes do GF.

Este procedimento foi realizado nas Unidades de Saúde da Família - USF em que os ACS's trabalhavam e teve como critério de inclusão os seguintes parâmetros:

- Ter idade igual ou superior a dezoito anos;
- Não ter ou estar cursando nível superior, visando a coesão do grupo;
- Não estar inserido, no momento, em programas de treinamento;
- Ter nível educacional compatível com os demais membros do grupo e com as exigências do Ministério da saúde - MS;
- Aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo Livre Consentimento Esclarecido – TLCE.

A inclusão aconteceu após o comum acordo entre pesquisador e pesquisado, assinando o Termo de Livre Consentimento Esclarecido - TLCE, após explicações sobre a finalidade do trabalho.

Deixei claro o aspecto voluntário da participação na pesquisa.

4.5.1 Seleção dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS's e Composição do Grupo Focal – GF

A composição do Grupo Focal foi intencional, visando à caracterização das ações profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde, sob a sua ótica, direcionando pontos em comum entre os sujeitos.

Houve como critério de exclusão o tempo de experiência como ACS dentro da equipe, não inferior a um ano, com no mínimo dois anos de inserção no programa, o saber ler e escrever e a formação até (no máximo) o ensino médio.

Os critérios a serem observados são importantes constituintes na configuração do grupo, visando a sua interação e conhecimento do PSF ¹⁷.

Na formação do grupo considerei como fator importante a homogeneidade, a fim de valorizar as experiências compartilhadas dos sujeitos, sendo que o grupo foi formado especificamente para a pesquisa ¹⁸.

Deve-se levar em conta que os integrantes tenham entre si, pelo menos um traço comum importante para o estudo proposto, pois será um fator determinante para o alcance do objetivo ²².

A distribuição dos profissionais nas USFs é a seguinte:

Quadro I: Distribuição dos profissionais nas USF.

USF	Médico	Enfermeiro	Dentista	ACD	Aux. Enf.	ACS
USF I	01	01	01	01	01	05
USF II	01	01	01	01	01	04
USF III	01	01	01	01	01	05
USF IV	01	01	01	01	01	05
USF V	01	01	01	01	01	05
USF VI	01	01	01	01	01	05
USF VII	01	01	01	01	01	05
USF VIII	01	01	00	00	01	05
USF IX	01	01	01	01	01	05
USF X	01	01	01	01	01	05
USF XI	01	01	01	01	01	05
USF XII	01	01	01	01	01	05
USF XIII	01	01	01	01	01	05
USF XIV	01	01	01	01	01	05
USF XV	01	01	01	01	01	05
USF XVI *	01	01	01	01	01	05
Total	16	16	15	15	16	79

* Unidade do projeto Qualis modelo de assistência à saúde do Estado de São Paulo.

Após esta fase de identificação e localização dos profissionais em suas unidades de assistência, iniciei a coleta de dados por meio de entrevista e, em alguns momentos, em grupo, com a aplicação do questionário referente ao processo.

Antes da formalização do GF, apliquei questionário (anexo IV) aos Agentes Comunitários de Saúde, visando o levantamento de informações referentes aos aspectos profissionais, nível de escolaridade e tempo de inserção na equipe de saúde da família.

Neste momento informei sobre a finalidade da pesquisa, os aspectos éticos envolvidos, o funcionamento do grupo, solicitando o preenchimento do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, para a integração do sujeito à pesquisa.

Comecei a aplicar os questionários de seleção dos Agentes Comunitários de Saúde no mês de outubro, iniciando pelas Unidades de Saúde da Família - USF com as quais eu tinha algum contato. Isto facilitou e me deu ânimo para superar alguns entraves ocasionais comuns no decorrer da pesquisa.

Estes entraves caracterizavam-se pela divulgação de informações incorretas como, por exemplo: necessidade dos ACS's irem a São Paulo para a realização da pesquisa e suposta circulação de interesse da prefeitura nos resultados, fatos esclarecidos pelo pesquisador.

4.5.2 As Entrevistas

A primeira unidade visitada foi a “USF I” e, embora a enfermeira não estivesse presente, com a autorização pude iniciar as entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde. Nesta unidade encontrei três ACS's. No começo notei certa desconfiança em relação a minha presença. Como havia entre eles um ACS formado em direito, ficou mais fácil explicar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE, quanto aos aspectos éticos e jurídicos do procedimento. Todos aceitaram participar.

Nesta USF consegui entrevistar nesta primeira visita três ACS's, pois os outros dois estavam ausentes, um por licença saúde e outro em férias. Retornei em uma nova data e concluí as entrevistas.

Depois desta unidade dirigi-me até a “USF II”, onde também não encontrei a enfermeira, mas encontrei antigos ACS's já conhecidos. Todos os ACS's participaram, demonstrando muito interesse. Neste posto tive uma experiência

interessante com o médico da unidade, que acompanhou os procedimentos e me questionou sobre o que eu faria para envolver os demais profissionais na pesquisa, visto que era a vontade deles. Nesta unidade uma ACS estava de licença, devido à gestação, alguns dias depois consegui entrevistá-la.

Ainda neste mesmo dia fui para a “USF III”, onde também não encontrei a enfermeira, mas mesmo assim continuei a coleta com os ACS's.

Os questionários foram sendo preenchidos, com poucas dúvidas. Nesta unidade também faltou uma ACS que estava em visita, agendei a entrevista para a semana seguinte.

Continuando no mesmo bairro, ainda fui visitar a “USF IV”, mas devido ao horário não pude entrevistar nenhum ACS.

Ao fim do dia realizei uma síntese da impressão obtida. O tempo médio com a acolhida aos ACS's foi de dez minutos, o preenchimento dos questionários teve uma média de vinte e cinco minutos de duração. Notei a apreensão quanto a responder ou não o questionário, e a quem ele seria fornecido, pois referiam medo sobre a utilização das informações.

Outro ponto importante observado foi a curiosidade dos demais integrantes da equipe e o seguinte questionamento: por que só com os ACS's ?

Fiquei muito satisfeito com a produtividade do dia e com a receptividade de todos os envolvidos.

Uma questão me intrigou muito neste dia: nenhuma unidade tinha o conhecimento da pesquisa, mesmo após todas as reuniões realizadas com a Coordenação e com as enfermeiras.

No dia seguinte parti da “USF IV”, onde havia realizado as entrevistas programadas e cheguei até a “USF V”, onde tive uma boa receptividade.

Notei que a falta de comunicação entre a Coordenação e as unidades estava prejudicando a coleta e o relacionamento entre a minha pessoa e as equipes. Nesta unidade os agentes se mostraram muito assustados e resistentes, principalmente quando falei que no decorrer da pesquisa utilizaria um gravador. Depois de muita conversa consegui que três Agentes aceitassem responder ao questionário. Nesta unidade havia cinco ACS's.

Segundo informações obtidas posteriormente, as enfermeiras encontravam-se em reunião na Coordenação.

Ainda neste dia fui até a “USF VI”, mas devido ao horário, somente me apresentei aos ACS’s e agendei um novo dia. Novamente percebi a falta de comunicação entre coordenação e unidades; o medo de participar da pesquisa ficou muito evidente na “USF V”, visto que não obtive aceitação, mesmo conhecendo os Agentes.

Descobri, na última unidade, que estava acontecendo uma troca na Coordenação de Enfermagem na Prefeitura, motivo talvez para a falta de comunicação evidenciada.

Após uma semana retomei novamente a coleta de dados com os ACS’s e devido a alguns problemas de horário iniciei por outra região do Município, sendo que as unidades apresentavam uma particularidade; as equipes se concentravam em duas localidades coexistindo simultaneamente.

Comecei pelas “USF’s VII e VIII”, nas quais nenhum agente quis participar.

Dirigi-me às outras unidades “USF’s IX e X”. Na primeira a enfermeira estava de férias e, na outra, a enfermeira participou da reunião. Conversei com vários agentes, mas não obtive sucesso e a participação foi zero nas duas unidades.

Devido aos acontecimentos, comprometi-me nas quatro unidades a voltar e conversar novamente com as enfermeiras, explicando os objetivos da pesquisa, procurando entender por que ela não havia sido divulgada nessas unidades.

Então me dirigi à Coordenação de Enfermagem na Secretaria de Saúde, onde me informaram que estas unidades apresentavam vários problemas de relacionamento com a coordenação e que seriam tomadas as devidas providências.

Foi solicitado pela Coordenação do Programa que eu interrompesse a coleta de dados nesta unidade por uma semana, para que pudessem solucionar as dificuldades.

Aproveitei o dia para ir à “USF XI”, onde fui recebido pela enfermeira e notei que a Coordenação lhe havia notificado sobre as finalidades da pesquisa, o que facilitou meu trabalho. Ela me encaminhou até os dois ACS’s presentes, os demais estavam em visita ou realizando treinamento na Secretária de Saúde. Ao final das entrevistas também fui questionado sobre o porquê da não inclusão dos demais profissionais na pesquisa, expliquei que o foco era o Agente Comunitário de Saúde. Retornei em nova data e concluí as entrevistas.

A seqüência seguinte me levava à “USF XII”, onde fui recebido pela enfermeira e apresentado aos ACS’s entrevistados, sem problemas. Todos demonstraram muito interesse em participar, inclusive um deles ficou muito contente e comentou que era

uma iniciativa muito boa da Prefeitura, neste momento “expliquei que a pesquisa não tinha relação alguma com a política ou com o prefeito”.

Segui para a “USF XIII”, situada na mesma região, e falei com a enfermeira que se encontrava no local explicando o motivo da minha presença. Conversei com os ACS’s no local, apenas dois responderam ao questionamento. Notei que havia certa desconfiança quanto à finalidade da pesquisa, o que determinava um medo quanto à preservação do emprego.

Retornei no dia seguinte e entrevistei mais um Agente, os demais não puderam ser entrevistados devido aos desencontros de agenda.

Após dez dias voltei à “USF XIV”, onde falei com a enfermeira e novamente percebi que não sabia do que tratava a minha pesquisa no local, mas mesmo assim não fez objeção à coleta de dados junto aos ACS’s. Entrevistei três profissionais, mas notei que eles não aceitariam participar da pesquisa, se isso fosse concretizado. O medo de perder o emprego era evidente. Retornei mais tarde e entrevistei um outro Agente, que demonstrou interesse em participar, mas o outro membro da equipe não aceitou responder ao questionário.

Na “USF XV” todos os ACS’s responderam aos questionários.

No dia seguinte, em contato com a Secretaria de Saúde, quanto a coletar dados nas quatro unidades “USF’s VII, VIII, IX e X”, a resposta foi positiva, porém novamente, ao chegar à “USF VII”, a enfermeira informou que os ACS’s estavam assustados com a minha presença, que ela ainda não sabia o objetivo do meu trabalho, que eu deveria retornar outro dia para que ela pudesse se informar melhor. Na “USF VIII” (conjugada à anterior), a enfermeira não se encontrava e os ACS’s também demonstraram muito medo com a minha presença. Um deles aceitou responder ao questionário e disse aos outros: “eu vou responder, ele está falando que estava tudo autorizado”.

Nas “USF’s IX e X” uma enfermeira estava de férias e a outra estaria em visita: os ACS’s pediram-me para voltar depois. Narrei o ocorrido à Secretaria de Saúde, e a coordenadora pediu-me para excluir estas unidades do processo de pesquisa.

Uma semana depois retornei às “USF’s IX e X”, e a enfermeira me encaminhou aos ACS’s. Notei algo estranho no contato, logo que iniciei a conversa, sendo informado por um representante que todos não iriam participar da pesquisa por estarem inseguros quanto aos fins da mesma, devido a comentários sobre terem de ir até São Paulo e o encaminhamento dos dados ao prefeito.

No dia seguinte, na Secretária de Saúde, fui informado sobre a troca na Coordenação da Enfermagem do Município, e marquei então um horário para uma reunião uma semana depois, sendo que no dia estipulado encontrei-me com a nova coordenadora, que já era enfermeira em uma das unidades que visitei, o que facilitou muito o entendimento e a manutenção do campo de pesquisa no município. A Coordenadora anterior ficou responsável pelo treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde. Passei todas as informações e problemas encontrados até então e chegamos ao entendimento quanto à manutenção daquilo que já havia sido acordado.

Após quatro dias voltei aos postos iniciais e recomecei a coletar os dados junto aos ACS's. Notei que depois da inserção dos profissionais de nível superior os ACS's se sentiram mais à vontade quanto à preocupação com a perda do emprego.

Ao fim deste processo que levou aproximadamente dois meses, realizei um consolidado das informações coletadas junto aos ACS's, procedendo à seleção dos sujeitos que poderiam participar da pesquisa, visto que alguns critérios foram pré-determinados na metodologia.

Em encontro com a Orientadora apresentei uma seleção prévia, que foi aceita, e agendei junto à Coordenação de Enfermagem uma reunião para apresentar a conclusão da seleção dos ACS's.

Uma semana depois me reuni com a coordenadora do PSF e apresentei os nomes selecionados e os critérios para tal; informaram-me que alguns ACS's selecionados não poderiam participar, pois também foram selecionados para o treinamento. Realizei então uma nova seleção e apresentei novamente a coordenação, mas responderam que dos quinze ACS's um foi colocado para treinamento e outro demitido.

Programei um encontro para conversar, uma semana depois, e nessa oportunidade apresentei uma nova seleção, que não foi aceita, pois outros ACS's foram incluídos para treinamento. Diante deste fato realizei nova seleção seguindo os critérios definidos no projeto, e solicitei autorização para falar com os enfermeiros na reunião da semana, apresentando todo o projeto de pesquisa e os nomes dos ACS's selecionados. A enfermeira da "USF VI" relatou que uma das Agentes selecionadas seria demitida à tarde.

Outra questão levantada nessa reunião foi a dificuldade para atingir as metas do programa, e expliquei novamente que os selecionados não estariam no treinamento

e que as reuniões seriam uma vez por semana, durante duas horas, às quartas-feiras, quando todos os Agentes estariam nas suas unidades.

Ao final da reunião foi determinado que os Agentes se comprometeriam a realizar o número de Visitas Domiciliares - VD correspondentes à produção mensal, e caso isso não ocorresse, a Coordenação do Programa seria informada a respeito.

Diante desse fato, repeti que pesquisa foi autorizada pela Diretoria de Saúde e Coordenação de Enfermagem, que os aspectos éticos estavam todos corretos, e que no código de Ética de Enfermagem era expresso que o Profissional de Enfermagem deveria facilitar e estimular a pesquisa e que a não efetivação disto caracterizava falta ética.

Só assim obtive a aceitação desejada e, conforme relato apresentado na reunião, realmente um dos ACS's selecionado foi demitido, mas devido aos prazos, decidi iniciar a coleta de dados do projeto com quatorze ACS's.

Foi aceita e marcada uma reunião entre orientador, pesquisador e estudante de psicologia responsável pela observação durante as reuniões. Neste encontro ficou decidido o início das reuniões para o dia primeiro de fevereiro, devido a todos os acontecimentos relatados no processo de seleção.

Da coleta de dados para a seleção, até o início do Grupo Focal – GF, ocorreu uma demora de três meses, devido às várias intercorrências citadas acima.

No final do mês de janeiro de 2006, em uma reunião com a orientadora, formalizamos uma data para começar a coleta de dados com o Grupo Focal – GF: a programação ficou estipulada para o dia primeiro de fevereiro.

Solicitei a autorização da Coordenação Administrativa da Secretaria de Saúde para utilizar o auditório local, que dispunha de cadeiras e mesa de reunião, lousa, data show, ar condicionado, uma ótima acústica, um ambiente propício à realização de gravação de áudio, além de sua fácil localização, próxima ao terminal de ônibus urbano. (Anexo V)

Também foi disponibilizada aos Agentes Comunitários de Saúde uma Van que iria buscá-los em suas unidades e levá-los novamente ao ponto de origem, evitando assim intercorrências ou a impossibilidade de participar da pesquisa devido à locomoção.

Outro aspecto de destaque foi o lanche oferecido, visto que alguns Agentes vinham de suas unidades com carga horária ampliada devido à carência destes profissionais, pois alguns trabalhavam ou freqüentavam cursos técnicos.

Ao final desta fase iniciei a coleta de dados com o Grupo Focal – GF.

Os quantitativos selecionados e apreciados para efeito de seleção foram:

Quadro II: Seleção dos ACS's.

USF	ACS	ACS Entrevistados	ACS Selecionados
USF I	05	05	01
USF II	05	05	03
USF III	05	05	03
USF IV	05	05	02
USF V	05	03	00
USF VI	05	03	02
USF VII **	05	00	00
USF VIII	05	01	00
USF IX **	05	00	00
USF X **	05	00	00
USF XI	05	05	01
USF XII	05	03	00
USF XIII	05	03	01
USF XIV	05	04	01
USF XV	05	04	01
USF XVI *	05	00	00
Total	80	46	15***

Excluída Projeto Qualis.

** Não houve adesão dos ACS's após exposição do projeto.

*** Logo após a seleção fui comunicado sobre o desligamento de um ACS selecionado, ficando com um total de quatorze.

As dificuldades encontradas nesta fase foram:

- O grande número de USF's;
- A distância entre elas;
- Não encontrar os ACS's na unidade, pois estavam realizando visitas domiciliares – VD;
- Desencontros de informação sobre as finalidades da pesquisa.
- Troca de na coordenação do Programa Saúde da Família – PSF;
- Troca de enfermeiros nas USF;

- Dispensas de ACS durante o processo de seleção.

4.6 O Grupo Focal – GF como Método

Considerando os objetivos propostos pela pesquisa, o grupo inicial foi composto por quatorze participantes convidados, considerando-se um número mínimo de oito para a realização do encontro.

Estudos demonstram que em grupos menores há possibilidade de aprofundar as idéias e em grupos maiores, obter um número maior de informações²³.

Foram convidados a participar do GF os Agentes Comunitários de Saúde pertencentes às equipes, totalizando o número de quatorze participantes, considerando a possibilidade de desistência e falta no decorrer da realização da pesquisa.

Logo no primeiro encontro ocorreram duas faltas, uma por desistência devido à licença maternidade e outra por falta de liberação.

A partir do terceiro encontro ocorreu a desistência de mais um ACS, devido à dificuldade de desenvolvimento das suas atividades na USF, devido à participação no projeto.

A média de presença ficou em torno de onze participantes em todos os encontros.

4.6.1 Operacionalização dos Encontros Agendados

Após definido o quantitativo dos participantes passei para a fase de desenvolvimento e organização do GF, sendo importante ressaltar que, para obter sucesso com este método, o pesquisador deve se programar e criar uma teia de suportes técnicos operacionais, que incluem, além dos componentes Teórico e Didático, Logística, Preparo do Ambiente que irá receber os participantes e os treinamentos do Observador e do Transcritor de Áudio.

Quanto aos componentes Teórico e Didático, o Pesquisador deve se munir de conhecimentos sobre a técnica e a dinâmica usadas no GF.

A Logística se refere ao transporte dos participantes das suas unidades até o local dos encontros.

O Preparo do Ambiente implica a escolha de um local apropriado à gravação de áudio, conforto, ponto central que facilite a locomoção de outros meios de

transportes, lanche a ser servido nos intervalos; treinamento do Observador quanto a sua postura durante os encontros focando a sua posição de imparcialidade e descrição; treinamento do Transcritor de Áudio, focalizando a importância do tempo resposta entre a entrega da gravação e a devolução, para evitar atrasos, sendo que nestes dois últimos devem ser acrescentados os aspectos éticos legais, citados na metodologia.

4.6.2 Número de Encontros Realizados

Inicialmente programei oito encontros para o GF, porém percebi que haveria a necessidade de acrescentar mais um, totalizando nove, pois o primeiro destinou-se à apresentação do projeto aos participantes do GF. Nesta oportunidade ainda aproveitei para reforçar os aspectos éticos e o compromisso bilateral entre as partes. Os encontros foram agendados para uma vez por semana, sendo escolhida a quarta-feira para a sua realização, pois seria facilitada a liberação dos ACS's em suas unidades.

O nono encontro também teria a finalidade de conclusão da pesquisa e discussão de outros temas que porventura se apresentassem no decorrer da programação.

Esta programação poderia ser reavaliada caso ocorressem imprevistos, como faltas acima de cinquenta por cento dos participantes, ausência do Moderador ou da Observadora, ou outros que seriam avaliados na oportunidade.

Foi estabelecida a realização destes encontros sempre no mesmo local, conforme acordado com a Coordenação de Enfermagem da Secretaria de Saúde e os ACS's participantes.

4.6.3 Duração do Grupo Focal – GF

As reuniões tiveram na sua abertura um momento de reflexão sobre o que foi abordado no encontro anterior, com a confirmação dos dados levantados. Seguindo a ordem, uma breve introdução sobre a temática a ser discutida no encontro, enfocando o conceito de autonomia dentro do cotidiano do Agente.

Seguimos as orientações¹⁷ sugeridas de duração de 1 hora e meia para as reuniões, levando em conta que a organização necessita de 30 minutos para a abertura e

encerramento do encontro. Não houve a necessidade de prolongar o tempo dos encontros.

Conforme orientação referenciada acima, foi dividido o tempo da seguinte forma:

- Quinze minutos para a abertura;
- Vinte minutos para o intervalo do lanche;
- Quinze minutos para as considerações finais;
- Tempo aproximado de sessenta minutos de discussão.

Em alguns encontros houve a necessidade de momentos de descontração, verbalizada pelos participantes, e isto foi respeitado.

Aproveitei este momento como ponto de apoio para as dúvidas e queixas expressas pelos sujeitos, muitas vezes não relacionadas à pesquisa.

Estes momentos não foram registrados em áudio, por solicitação dos próprios ACS's, e também não eram computados no programa estipulado acima, pois ocorriam antes ou após os encontros.

4.6.4 Funcionamento do Grupo Focal - GF

A dinâmica das reuniões seguiu um elenco de temas previamente elaborado pelo pesquisador, visando estimular a discussão e o aprofundamento nas questões pertinentes ao estudo.

Conforme descrição da literatura, utilizei técnicas de sensibilização no início dos encontros e um guia de temas^{20,17}.

Abertura do primeiro encontro – cumprimentos, apresentações, informações sobre a pesquisa – objetivos, finalidades e metodologia a ser desenvolvida;

1. Estabelecimento do setting, destacando os aspectos éticos da pesquisa e do processo de interação;

Estes aspectos são de suma importância, pois reforçam os compromissos de todos os envolvidos²³.

O grupo tem como ponto de referência a autogestão, prevalecendo uma hierarquia horizontal, valorizando as idéias individuais na formação da contextualização coletiva.

Em se tratando do Grupo Focal como método de pesquisa, as atividades grupais pressupõem regras de convivência, mas também outras ponderações que, simultaneamente, privilegiem aspectos éticos. Aqui, dois âmbitos merecem atenção:

o compromisso ético unilateral, ou seja, do pesquisador e com os pesquisados; e o compromisso ético bilateral, quer dizer, pesquisadores e pesquisados entre si, no que diz respeito ao acontecer grupal.

2. Debate centrado no guia de temas;

O guia de temas elaborado pelo pesquisador e orientado a partir das atividades e ações destacadas pelos ACS's, visando estimular os debates entre os sujeitos, teve como foco central a sugestão conceitual.

O guia de temas constituiu-se dos seguintes aspectos:

- Apresentação e discussão do conceito;
- Discussão dos componentes do conceito no contexto das atividades do cotidiano dos ACS's.

Este Guia de Temas – GT foi orientado por uma ordem natural favorecendo o desenvolvimento de dinâmicas no grupo e estimulando os debates centrados no cotidiano do ACS, como também a reconstrução do conceito, frente a comentários produzidos pelo grupo. Permitiu também que elementos essenciais aparecessem naturalmente, como expressões de discórdia e concordância, alcançando um consenso grupal.

Após a finalização de cada reunião os pontos abordados foram avaliados pelo Pesquisador e pelo Observador, determinando mudanças no desenho inicial para proporcionar aprofundamento nas discussões.

O pesquisador elaborou uma síntese das discussões em cada um dos encontros.

3. Encerramento, cumprimentos e acertos para o próximo encontro, levando em consideração adaptações e circunstâncias imprevistas durante a realização dos encontros.

4.6.5 Técnicas de Debate em Grupo

Utilizei o modelo diretivo¹⁷ como forma de debate em grupo, fazendo uso de perguntas abertas e livres, com o apoio de um guia de temas estruturado.

Como pesquisador recorri ao GT, para encorajar os participantes a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre a questão de estudo; mantive a discussão focalizada, estruturando resumos e retomando o assunto quando desviado, vinculando comentários feitos por diferentes participantes, para que emergissem significados, fortalecendo o elo grupal.

Em dois momentos foram realizadas dinâmicas de grupo, com o intuito de promover a relação interpessoal e a visualização dos conteúdos de uma forma leve.

No primeiro encontro foi realizada uma dinâmica (Anexo VI), visando o entendimento da importância da comunicação entre os membros participantes do encontro e a influência desta no processo de interação.

Esta primeira dinâmica caracterizou-se pela importância e concretude das informações necessárias para a tomada de decisões nos encontros seguintes.

No terceiro encontro foi desenvolvida uma outra dinâmica com os ACS's, com a finalidade de buscar a experiência do convívio e novamente o trabalho em grupo, visando uma construção conjunta de um objetivo.

Os demais encontros seguiram os procedimentos planejados.

4.6.6 Moderador

O Pesquisador neste momento passa a ser referenciado como Moderador, devendo ter entendimento da temática a ser desenvolvida no GF e ser habilidoso, proporcionando o estímulo aos debates e discussões para concretizar e sintetizar o pensamento grupal.

É fundamental que o moderador tenha autoridade e habilidade para usar informações verbais e não verbais, a capacidade de encorajar o grupo à discussão e expressão de seus pontos de vistas, bem como a manutenção da atenção grupal, virtudes requeridas para essa função²⁴.

Para desenvolvimento do GF, o moderador deve apresentar três aspectos:

- Características pessoais;
- Estilo de moderação e experiência;
- Experiências de trabalho em grupo.

Estes aspectos foram apresentados como componentes do processo de coleta de dados²⁵.

4.6.7 Observador

O Observador deve ser uma pessoa com habilidade de atenção constante, facilidade de análise e síntese. Deve saber intervir para obter informações, esclarecer dados e acompanhar as atividades do grupo, tudo em sintonia com o moderador²⁵.

O Observador foi treinado pelo Moderador e teve como finalidade registrar os comportamentos e reações expressas pelos sujeitos durante os encontros. Os registros foram realizados em um diário e as informações avaliadas após cada encontro, para que subsidiassem a análise dos relatos. Este elemento manteve-se sempre discretamente no grupo e participou apenas como observador.

Auxiliou também na conferência das transcrições das fitas feitas, substituindo os dados que pudessem identificar os pesquisados, levando em conta os aspectos éticos descritos nesta pesquisa. As informações contidas em seu diário foram mostradas sempre que os participantes acharam necessário ou solicitaram.

Busquei como Observadora uma graduanda do Curso de Psicologia, para favorecer a análise comportamental em relação às temáticas e o curso dos encontros. Levei em conta algumas particularidades no processo de escolha, como:

- Ela não conhecia e não tinha contato com os pesquisados;
- Estava cursando o quarto ano da graduação em Psicologia;
- Tinha um bom relacionamento com o pesquisador;
- Facilidade de locomoção para o local do encontro;
- Comprometimento com a pesquisa.

4.6.8 O Local dos Encontros do GF.

O local escolhido para a realização dos encontros foi o auditório da Secretaria Municipal de Saúde, visto que propiciava um ambiente confortável e favorável à gravação do áudio. Ente outros fatores que contribuíram para esta escolha, estão:

- Proximidade do terminal de ônibus urbano;
- Fácil localização;
- Estrutura física favorável;
- Ar condicionado no ambiente;
- Recursos de Mídia;
- Mesa para reunião e cadeiras confortáveis;
- Estacionamento amplo;

A solicitação para a utilização deste espaço foi enviada por meio de ofício ao Diretor Administrativo da Secretaria de Saúde (Anexo V).

4.6.9 O Transporte dos Integrantes do GF

O transporte dos integrantes do GF foi realizado por meio de contratação de uma van, que recebeu um roteiro com a localização das USF's onde os ACS's estavam lotados.

Na oportunidade o condutor da van recebeu as seguintes informações:

- Estar nos locais estabelecidos dentro da programação, para evitar atrasos;
- Não transportar pessoas não cadastradas na listagem previamente entregue;
- Após o término dos encontros conduzir os participantes as suas unidades de origem ou endereços previamente autorizados;
- Seguir as normas de segurança e legislação de trânsito.

4.6.10 Guia de Temas – GT

O Guia de Temas (GT) teve por objetivo direcionar e dinamizar os encontros do GF, norteado os assuntos a serem abordados, sem o engessamento das temáticas.

É importante que seja flexível proporcionando ao Moderador e aos participantes o envolvimento com a pesquisa de forma agradável e leve. A confecção deste deve ser pautada por um levantamento de dados prévio, sendo que neste trabalho usamos como uma das referências o questionário aplicado durante o processo de seleção, a vivência do Moderador e os relatos contidos durante os encontros.

4.6.10.1 Primeiro Encontro

Para este encontro a programação foi:

1. Apresentação do Moderador e observadora e definir as funções de cada um;
2. Apresentação dos ACS's e formalização do GF;
3. Descrever os objetivos da pesquisa e os aspectos éticos;
4. Tirar dúvidas dos participantes;
5. Apresentar os pontos chaves da pesquisa.

4.6.10.2 Segundo Encontro

Objetivo:

1. Aplicar um questionário (Anexo VI) como apoio da descrição das atividades e atribuições do ACS;
2. Apresentação do Orientador e reforço dos objetivos da pesquisa;
3. Entender o envolvimento do ACS com a equipe e a comunidade.

4.6.10.3 Terceiro Encontro

Objetivo:

1. Apresentar o consolidado dos dados do questionário aplicado no encontro anterior;
2. Introduzir a temática central “Autonomia”, de acordo com os pontos abordados no processo de seleção e no questionário aplicado no encontro anterior;
3. Caracterização do profissional.

4.6.10.4 Quarto Encontro

Objetivo:

1. Continuar a discussão da temática “Autonomia”;
2. Descrever o perfil do ACS;
3. Relacionamento em equipe e comunidade;
4. O município e o programa.

4.6.10.5 Quinto Encontro

Objetivo:

1. Continuar a descrição do perfil do ACS;
2. O envolvimento com a equipe e a comunidade;
3. O município e o Programa.

No encontro anterior, um dado novo, o “Elo Perdido” caracterizou a frustração dos ACS’s com o PSF e suas atividades; decidi investigar mais este assunto, pois representava um grau de importância para os sujeitos.

4.6.10.6 Sexto Encontro

Objetivo:

1. Caracterização do “Elo Perdido”;
2. Envolvimento do “Elo Perdido” e a temática “Autonomia”;
3. Entendimento das Atividades e atribuições dos ACS’s.

4.6.10.7 Sétimo Encontro

Objetivo:

1. Entendimento das atividades e atribuições dos ACS’s;
2. O reconhecimento da comunidade e as ações do ACS;
3. A autonomia e as ações do ACS.

Neste encontro a relação dentro da equipe foi destacada pelos participantes, principalmente entre ACS e a enfermeira.

4.6.10.8 Oitavo Encontro

Objetivo:

1. O envolvimento com a comunidade e o reconhecimento;
2. A autonomia dentro da comunidade;
3. O “Elo Perdido”, a autonomia e a comunidade;
4. Início das conclusões.

4.6.10.9 Nono Encontro

Objetivo:

1. Encontro livre;
2. Finalização do GF e conclusões.

Durante os encontros do GF podemos desenvolver várias atividades, mas o mais importante neste método de coleta de dados é a dinâmica que se pode empregar, pois é constante a interação entre pesquisador e pesquisado.

Outro ponto a se destacar é a facilidade de coletar dados, pois há flexibilidade e o contato direto, sem engessamentos metodológicos da liberdade para buscar pontos de vistas do cotidiano do sujeito.

O GT facilita na organização das temáticas e na estruturação do GF, dando suporte para o Pesquisador.

4.6.11 Descrição Sumária dos Encontros realizados

4.6.11.1 Primeiro Encontro

A coleta de dados ocorreu durante os encontros do GF, com a utilização de gravação em áudio, mediante autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e posteriormente transcritas em sua totalidade, para análise do pesquisador.

A data escolhida para começar os encontros foi o dia primeiro de fevereiro de 2006 e o início da coleta de dados deu-se de forma tranquila no local estipulado e horário acordado com os Agentes. Logo na chegada estavam um tanto agitados e curiosos com tudo, notei uma ansiedade em saber como seria realizado o encontro.

Quando foram convidados a se sentarem percebi que todos foram para o fundo da sala, então pedi para que se sentassem mais à frente para que a interação fosse melhor. Deixei clara a utilização do áudio para registro dos relatos. Este esclarecimento não causou desconforto, visto que isto já havia sido explicado durante a realização das entrevistas.

Reafirmei a necessidade de compromisso entre as partes e comentei sobre a utilização do material coletado e os aspectos éticos de sua utilização.

Apresentei a observadora e fiz alguns comentários sobre a sua escolha e deixei que ela se apresentasse formalmente.

Propicie então um momento de descontração, com um bate-papo informal, sem a gravação do áudio. Perguntei neste momento se todos estavam tranquilos em relação ao trabalho a ser realizado e, a seguir, comuniquei sobre o início da

gravação do áudio e reafirmei que a presença de cada um deles era muito importante e que a partir de então iríamos construir uma história.

Novamente reafirmei os aspectos éticos e os procedimentos de pesquisa e iniciei a apresentação do projeto. Utilizei para a apresentação o auxílio de Data Show, no entanto notei que a apresentação foi cansativa, porém demonstravam atenção e interesse. A observação para esta conclusão foi confirmada pelo observador, que atuou em todos os momentos.

Durante a apresentação abri espaços para que fossem expostas suas opiniões e sugestões, sendo que alguns se posicionaram de forma distante e recuaram, quando colocados em evidência.

A apresentação transcorreu sem intercorrências, com poucos questionamentos, o que me deixou um tanto ansioso, pois não conseguia avaliar se estava atingindo o foco ou não. Decidi então associar pontos do projeto com a realidade deles, tentando trazer as atividades do cotidiano para as preconizadas pelo Ministério da Saúde – MS.

A estratégia apresentou resultados e eles começaram a interagir comigo fazendo perguntas, relatando experiências, vivências e angústias do dia-a-dia, dúvidas sobre visitas, dengue, entre outras.

Após a apresentação ofereci um lanche, durante aproximadamente 20 minutos, quando notei que ainda havia várias dúvidas quanto à relação da pesquisa com o cotidiano dos ACS's.

No retorno prossegui com o tema, o que produziu algumas informações, como:

- Cobrança de produção mensal;
- A falta do entendimento do ACS dentro do programa;
- A relação entre tarefas preconizadas e ações realizadas;
- A questão da qualidade como resultado final;
- O reconhecimento do ACS pela equipe e comunidade;
- Falta de entendimento de informações.

Após discutirmos cada item, ficou claro a ansiedade e certa revolta com a atual situação dos ACS's do programa.

Este relato de revolta ficou evidente com a seguinte frase: “Antigamente a gente não tinha estrutura física alguma, mas havia o comprometimento de todos e o serviço

tinha qualidade, hoje a gente tem um local bom (estrutura física), mas ninguém sabe o que tem que fazer, cada um faz como quer”.

O relato foi confirmado por outros Agentes, por meio da verbalização e gestos como o balançar de cabeças.

Perguntei, então, como eles se sentiam com a situação, e a resposta foi: “muito mal”.

Outro relato apresentado foi a impotência frente à continuidade de tarefas, visto que muitas vezes não tinham o apoio dos demais profissionais integrantes da equipe. Um exemplo foi a realização de caminhadas na comunidade, pelos Agentes. Este procedimento necessitava do apoio direto de outros profissionais e referiam que não o tinham.

Questionei como se sentiam diante disto, e a resposta foi: “incapazes”.

Outros relatos foram apresentados, sempre expondo a falta de reconhecimento do profissional pela equipe, indo ao encontro de relatos de médicos, enfermeiros e dentistas, que desconheciam muitas vezes as funções do ACS. Ao final do encontro realizei uma dinâmica, visando demonstrar a necessidade de entender as informações apresentadas e a deficiência da qualidade no resultado final, quando esta não é entendida corretamente ou não é transmitida a contento.

Finalizamos o encontro com agradecimentos e informações sobre a presença da Orientadora no próximo encontro.

Após o final reuni-me com a Observadora, para conversarmos sobre o encontro, e chegamos às seguintes conclusões:

- O Moderador estava muito ansioso no início;
- Os ACS's aparentavam-se inseguros em relação ao seu papel na pesquisa e em função da demissão ocorrida no dia;
- A apresentação foi um pouco cansativa;
- A mudança na estratégia provocou maior interação;
- A dinâmica ajudou o relacionamento e interação do grupo;
- Houve aceitação pelos ACS's.

Finalizamos, então, a reunião.

4.6.11.2 Segundo Encontro

A agenda para este encontro consistia em:

- Aplicação de um quadro de referência das atividades expressas nos questionários preenchidos, para levantar aspectos do cotidiano do ACS e sua relação com o conceito de autonomia;
- A relação dos ACS's com a equipe e a comunidade;
- Presença do Orientador no encontro;
- Resumo dos dados referentes ao último encontro.

Este encontro ocorreu no dia oito de fevereiro, com a presença da Orientadora. A abertura foi iniciada com as boas vidas a todos e um bate papo rápido sobre como foi a semana, se houve algum problema com o transporte. Dois participantes novamente não vieram e perguntei aos presentes se sabiam o que estava acontecendo. A resposta foi que um não estaria mais interessado em participar e o outro estava em licença maternidade e não conseguiu uma babá para o seu bebê.

Em seguida a Orientadora foi apresentada como participante observadora. Notei que os Agentes não se incomodaram com a sua presença. A Orientadora ressaltou a importância do projeto para os Agentes Comunitários de Saúde e a sua finalidade como conceitualização da história profissional deste sujeito. A seguir comuniquei a estratégia a ser realizada no encontro e a necessidade de levantar algumas questões do dia-a-dia dos Agentes e a compreensão da autonomia no cotidiano das suas atividades (Anexo VII).

Informei neste momento que eles poderiam conversar entre si e discutir as questões. Notei que aconteciam várias trocas de informações referentes à atividade do Agente e certa discordância sobre alguns pontos do questionário, como:

- Coleta de sangue;
- Realização de procedimentos como aplicação de insulina, verificação de Pressão Arterial;
- Coleta para exame de Papanicolau.

Expliquei que os dados foram encontrados em vários questionários (Anexo IV) durante as entrevistas e que queria compreender mais estas questões, visto que alguns Agentes me relataram que realizavam tais ações.

O tempo para o preenchimento do quadro foi longo, aproximadamente uma hora, e vários Agentes se mostraram cansados e incomodados com a tarefa.

Logo após o retorno do lanche perguntei o que eles acharam do questionário e me disseram que era interessante, mas prefeririam o debate.

Disse que não faria uso deste tipo de suporte nos encontros seguintes.

Iniciei então a abordagem sobre o significado de autonomia no desempenho das atividades do cotidiano.

Outra questão levantada por eles foi sobre o nível de formação exigida para a execução dos serviços destinados aos Agentes Comunitários de Saúde. O questionamento se seguiu com um debate sobre a formação específica do Agente, e se essa formação provocava a sensação de autonomia deles na prestação de seus serviços.

Um dos pontos que mais incomodava os participantes era se a comunidade reconhecia ou não o Agente Comunitário de Saúde. Retomei a questão e perguntei se eles se reconheciam no contexto do programa. A resposta foi que nem eles e nem a Prefeitura do Município os via como profissionais, mas eram cobrados em suas atividades, como qualquer outro profissional da equipe.

Outro ponto foi a relação desta temática enfocando a interferência na autonomia do Agente, dificultando a expressão de suas idéias e criatividade. Comentaram a forma de contratação e os descontos visualizados em folha de pagamento, para os sindicatos. Quando os responsáveis eram questionados sobre estes fatos, a resposta era: “você não são profissionais, essa lei ainda não existe”, referindo-se à Lei número 10.507, de 2002. Este fato causava um grande desconforto e a descaracterização da imagem do ACS, visto que eles conheciam a legislação.

Procedi ao encerramento do encontro com agradecimentos a todos e a solicitação da presença dos mesmos nos próximos encontros. Salientei ainda a importância do projeto para a formação da História do Agente Comunitário de Saúde de Araras.

Após o encerramento os pontos abordados com a Orientadora e a Observadora, para avaliarmos o evento, foram:

- O preenchimento do quadro foi muito cansativo;
- A observação dos Agentes quanto à informação negativa quanto a ser um profissional reconhecido;
- Ansiedade do Moderador no início quanto à utilização do quadro;
- Mudança de estratégia no decorrer do encontro.

Após estas discussões, acertamos a agenda para o próximo encontro que consistia em:

- Buscar o entendimento da autonomia do ACS no cotidiano;
- Relacionar as abordagens deste encontro com o entendimento de autonomia;
- Caracterização do profissional e formação.

Finalização do encontro.

4.6.11.3 Terceiro Encontro

O encontro ocorreu no dia quinze de fevereiro, no Auditório da Secretaria Municipal de Saúde. A abertura do encontro iniciou-se com:

- Boas vindas a todos;
- Leitura do resumo do encontro anterior;
- Entrega dos quadros preenchidos no último encontro;
- Exposição da Agenda do dia;
- O entendimento da autonomia do ACS no cotidiano;
- Relacionar as abordagens deste encontro com o entendimento de autonomia;
- Caracterização do profissional e formação.

Houve um momento de descontração com um bate-papo rápido, favorecendo a interação de todos. A seguir comuniquei o início da gravação em áudio.

Estavam presentes neste encontro 10 agentes.

A estratégia utilizada foi solicitar aos participantes que definissem autonomia com uma palavra, e o resultado foi:

- Certeza
- Liberdade (ação)
- Ação
- Iniciativa
- Competência
- Desenvolvimento
- Bom Senso
- Individualidade
- Segurança
- Responsabilidade
- Conceito
- Autoridade

- Determinação
- Conhecimento
- Independência
- Trabalho em Grupo
- Confiança

A seguir, continuamos analisando o que é “Ser Profissional”:

- Ter carteirinha
- Normas
- Deveres
- Apostila
- Qualificação Adequada: curso, preparação específica.

Foi discutida a questão da formação do ACS, se esta teria que ser específica para cada município ou região. A resposta foi sim, pois, por exemplo, Araras é diferente do restante do Brasil.

Então, perguntei: Quem faria um curso para ser agente comunitário de saúde? Notei que houve um pouco de desconforto por parte de alguns participantes. Somente um participante disse que não faria o curso, se fosse pré-requisito para trabalhar como ACS. Esta Agente se posicionou em certos momentos como um ponto de referência para os demais, visto que tinha um perfil diferente (tinha a intenção de cursar Direito).

Segundo os ACS's, deve haver um bom processo seletivo, com entrevista e uma demonstração do que é ser um ACS e, para os que forem contratados, deve-se ministrar um curso específico de ACS.

Voltamos, então, para a discussão sobre autonomia, usando todas as palavras citadas pelos Agentes.

Com a pergunta: Não entender o que é autonomia, interfere na construção da própria?, o grupo foi levado a discutir cada item citado, avaliando a sua compreensão sobre eles e a sua relação com o cotidiano.

Após esta discussão solicitei ao grupo que definisse autonomia, assim apresentada:

Autonomia: Liberdade de agir com certas restrições e responsabilidade, sobre o que fazem mediante experiências e vivências do dia-a-dia.

Esta definição seria usada como base nos encontros seguintes, podendo ser alterada ou reformulada conforme as instruções.

Já estávamos quase no final do encontro quando pedi para definirmos as próximas reuniões e os temas escolhidos mediante o questionário aplicado anteriormente. Os temas escolhidos foram: Visita Domiciliar e Trabalho em Equipe.

Solicitaram para que não fossem aplicados mais questionários e que houvesse mais discussões e debates sobre o tema.

A preocupação quanto aos subsídios para executar as atividades do cotidiano era motivo de preocupação. Comecei a relacionar estes fatos com as palavras citadas no início do encontro. Muitas ações levantadas pelos Agentes foram colocadas como realizáveis com autonomia, exigindo conhecimento para tanto, a saber:

- Orientação a hipertensos;
- Orientação a diabéticos;
- Calendário de vacinação;
- Orientações sobre a coleta de exame citológico.

Outro ponto levantado é que o ACS não conhece a realidade do município, e que seriam importantes reuniões periódicas sobre o cotidiano em todas as áreas atendidas pelo PSF.

Neste encontro foi realizada uma dinâmica de relacionamento de grupo.

Ao final do encontro, após os agradecimentos e reafirmação da importância da participação para o alcance dos objetivos, foram discutidos com a Observadora os pontos abordados e formulada a agenda para o encontro seguinte.

4.6.11.4 Quarto Encontro

O quarto encontro foi realizado no dia vinte e dois de fevereiro, no mesmo local. As estratégias foram seguidas como ficou decidido no encontro anterior:

- Retomar a discussão de Autonomia junto às atividades do Agente no cotidiano;
- Iniciar o entendimento de perfil necessário para o ACS;
- Relação do Agente e os membros da Equipe de Saúde da Família – ESF;
- O programa dentro do Município.

Estavam presentes neste encontro onze Agentes. Reafirmei os agradecimentos pela participação de cada um no projeto e a satisfação de estar desenvolvendo o mesmo em Araras.

Efetuei a leitura do resumo do encontro anterior, enfocando a definição de autonomia, visando permear os encontros seqüentes.

Autonomia: Liberdade de agir com certas restrições, e responsabilidade, sobre o que fazemos mediante experiências e vivências do dia-a-dia.

No decorrer do encontro a discussão direcionou-se para a elaboração do perfil do ACS no Município de Araras.

Pontos como ética, aperfeiçoamento e formação voltaram a ser mencionados como fator de construção do perfil. Notei que mesmo quando o Moderador tentava desvincular o perfil do conceito elaborado, os participantes chamavam a atenção para a ligação necessária entre os dois. Relacionavam também a vivência e experiência do cotidiano com o perfil de cada área e micro-área, visto que no entendimento deles são totalmente diferentes.

A relação entre a comunidade e o ACS foi muito citada e o respaldo dado pela equipe multiprofissional também, colocado como desordenado, sem oferecimento do suporte às informações coletadas, contribuindo para a falta de reconhecimento do ACS pela comunidade e caracterizando o que chamaram de **“Elo Perdido”**.

Este Elo Perdido foi explorado pelo Moderador, visto que todos se sentiam perdidos quando a ESF não retornava a contento os levantamentos realizados pelo ACS junto à comunidade, dificultando o seu relacionamento bilateral.

Outro ponto que foi destacado é a relação de cumplicidade entre todos os envolvidos no processo de vínculo entre a equipe e a população, que é determinante para o sucesso e alcance dos objetivos do PSF.

- Uma lista de atributos foi descrita pelos ACS's como referência de qualidades que o profissional deve ter para viabilizar a construção do vínculo.

Seguimos em diante com a estratégia e exploramos cada item, relacionando com o entendimento de autonomia. A discussão atingiu os objetivos, com a apresentação de cada item na descrição do cotidiano do ACS.

Finalizamos o encontro com agradecimentos a todos.

Após a finalização, os pontos discutidos com a Observadora foram:

- Os participantes têm a consciência de sua importância no PSF;
- Apresentam uma sensação de angústia e frustração caracterizada pela expressão **“Elo Perdido”**;
- O perfil do Agente é determinante para a relação de cumplicidade entre comunidade e PSF.

4.6.11.5 Quinto Encontro

Este encontro foi realizado no dia oito de março, no Auditório da Secretaria Municipal de Saúde, conforme os anteriores. Foram dadas as boas vindas e proporcionados alguns minutos de descontração, e iniciamos a leitura do resumo do encontro anterior.

No dia primeiro de março estava agendado um encontro, mas não ocorreu devido a desencontro de informações entre os Agentes e o motorista da Van contratada (quarta-feira de cinzas). Comprometi-me a verificar e solucionar o problema. Conteí com a presença de nove participantes.

A seguir comuniquei a programação e o início da gravação do áudio.

A programação para este dia se pautou pela continuidade do programa, ou seja:

- Explorar a relação da autonomia com perfil do Agente;
- Explorar o sentimento de “**Elo Perdido**” e a autonomia do Agente.

Trouxe para este encontro uma série de cartazes que representavam a trajetória do grupo até aquele momento, o que foi muito bom para a compreensão da caminhada realizada pelo grupo. Notei na fala dos Agentes a relação entre perfil, autonomia e atendimento à comunidade no dia-a-dia, o que ficaria evidente no decorrer da tarde.

Os relatos que se sucederam mostravam a importância do conhecimento da comunidade e de ser reconhecido pela mesma. Ponto referenciado por todos foi a vontade de desenvolver atividades preconizadas ou não, enfocando o perfil e o grau de autonomia sentido pelos ACS's no desempenho diário.

A relação entre profissionais da equipe e a coordenação do programa era um fato de destaque para os participantes. Outro ponto importante foi que descreveram de forma consistente e justificada um planejamento de suas ações, fato que demonstrou um grau de organização. Quando perguntei se tinham um percentual de sucesso a resposta foi que o seu percentual de convencimento é de 70%, e que os 30% restantes, na maioria dos casos, recaem sobre a falta da participação do usuário, envolvimento de outros membros da equipe e falta de vontade do ACS.

Os ACS's abordaram também a participação da enfermeira, referida como fator muito importante nesta relação; no entanto, relataram que na maioria das vezes as enfermeiras não têm treinamento específico para atuarem no PSF: “**tem enfermeira**

que não tem noção do que é P.S.F., porque vem de outro lugar, não tem idéia, ela não vive o P.S.F. como a gente vive.”

“Apesar de estarmos com a população diariamente, elas que ficam lá dentro, não vêem a realidade de fato. Por isso que a gente diz que é um Elo Perdido”.

Estas caracterizações demonstravam a preocupação do ACS com o desenvolvimento do programa, e a metáfora usada definia a angústia e a busca pela autonomia.

Mais uma vez concluímos que o perfil do ACS contribui para a construção da autonomia, visto que em todos os momentos e em todas as atividades apresentava-se incorporado.

A Visita Domiciliar – VD foi muito explorada nesse encontro e, assim, fomos desvendando a autonomia nesta linha. Muitas das falas representam a dificuldade que o ACS encontra junto à própria equipe de PSF (médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem), pois comentam que, mesmo quando há uma acolhida do usuário, seja na residência ou na USF, eles não contam com o suporte necessário para respaldar e referendar suas ações autônomas.

O encontro foi encerrado às 16h, reforçando as afirmações e orientações de rotina, sendo notado certo ar de frustração entre os ACS's no que diz respeito a sua autonomia e as atividades que exercem.

Agenda para o próximo encontro:

- Buscar onde se encontra o “Elo Perdido”,
- Onde está perdido? E até onde está perdido?
- Relacionar a autonomia frente ao “Elo Perdido”.

A Observadora também concluiu que o sentimento de frustração era muito forte entre os ACS's, caminhando juntamente com o ser ou não ser autônomo, e a equipe representava um fator decisivo nesse sentido.

4.6.11.6 Sexto Encontro

Este encontro foi realizado no dia quinze de março, no Auditório da Secretaria Municipal de Saúde, contando com dez participantes e a seguinte agenda:

- Buscar onde se encontra o “Elo Perdido”,
- Onde se inicia e até que ponto está perdido,

- “Relacionar a autonomia frente ao Elo Perdido”.

Logo no início notei a angústia do ACS em relação ao “Elo Perdido”, caracterizado da seguinte forma: “O Elo, para o PSF, é na hora que se precisa do retorno do posto, que não tem. Antes todos falavam a mesma língua, hoje não tem integração”. Seguindo essa linha, a autonomia como fator determinante do cotidiano do ACS, perguntei-lhes como viam o seu dia-a-dia, havendo unanimidade na resposta: “É muito difícil ser ACS, pois a gente vai até a casa, faz uma tremenda força para convencer o usuário, e quando ele vai ao posto, ninguém faz nada. Isso é o “Elo Perdido”, é muito complicado lidar com isso”.

Como já visto anteriormente, a construção do vínculo entre ACS e comunidade demanda certo tempo, pois nem sempre este faz parte da comunidade. Consciente de sua importância, enquanto elo, nessa relação, ressaltou que a situação atual interferia na sua autonomia e na construção da mesma.

O individualismo aparece aqui como empecilho nessa relação e no entendimento do que é atendimento coletivo; quando abordado o percalço que esse fator representa, a resposta foi: “Nós Somos os Olhos do Posto”, se não tivermos voz como fica a base?”

O desvio da função de agente é evidenciado por todos como outro fator determinante para a construção da autonomia: em algumas situações o ACS tem que avaliar e dar pareceres que são de responsabilidade de outros setores ou profissionais, mas ele é cobrado por todos.

Além dos entraves, como o relacionamento com a equipe e coordenação, comprometendo-lhes a autonomia, também foram mencionadas várias atividades desenvolvidas pelos ACS's, como: verificação de pressão arterial, coleta de glicemia capilar (dextro), curativos e aplicações de injeção, procedimentos privativos de outros profissionais. Muitos relatam que, no início, foram eles próprios que manifestaram a vontade de aprender, mas com o tempo isso se tornou obrigação incorporada às suas atividades diárias: “Como eles querem que nós tenhamos autonomia, e que façamos o nosso serviço, se cada vez mais tem coisas para realizar, e quando trazemos um problema para a equipe não tem retorno, fica muito difícil; assim, não tem mais ligação entre equipe e comunidade, ficou muito individualista, aí o “Elo” se perdeu, fica sem objetivo o programa”.

Pude sentir a angústia de pessoas que se frustravam diariamente, pois tinham seus ideais e trabalho reduzidos a simples fatos isolados, em um sistema que, segundo eles próprios, construiu um abismo virtual.

A autonomia do ACS é construída no dia-a-dia, com pequenas ações realizadas por eles, que se transformam sob os olhares de satisfação e realização pessoal.

Ao final do encontro percebi que eles entenderam que ter autonomia muitas vezes se resume a realizar o que é de nossa competência e não fazer o que se quer. E assim consolidamos o conceito de autonomia citado anteriormente.

Finalizei a reunião com agradecimentos a todos, salientando a satisfação em desenvolver este importante trabalho com eles, pois a construção de uma identidade é muito importante.

Agenda para o próximo encontro:

- Continuação do “Elo Perdido”;
- Questão da autonomia frente às atividades;
- Reconhecimento do ACS pela comunidade e por seus pares.

Na reunião entre Moderador e Observador ficou claro que o encontro foi muito produtivo, e que a cada relato ficava evidente o “Elo Perdido” e sua relação com a equipe e o alcance da autonomia.

4.6.11.7 Sétimo Encontro

Realizado em vinte e dois de março, no mesmo local, sendo comentada a aproximação do fim dos encontros e meu contentamento com os resultados, além dos contatos com a Observadora e a Orientadora.

Comuniquei o início da gravação do áudio e resumi o encontro anterior com a pauta do dia, acrescentando também resultados passados, estratégia para deixar claro a relação: fazer, autonomia, parceria e reconhecimento.

Uma ACS relatou que, desde o começo desse mês não mais se encarregava de medir Pressão Arterial, Pré-consulta, só realizando as atividades de ACS, o que considerei relevante, pois outras também relataram a mesma conduta e, quando questionadas sobre tal comportamento, disseram que não tinham autorização ou amparo legal e nem autonomia para realizar os procedimentos.

Essa atitude representou um posicionamento perante a enfermeira, que é a responsável por tais ações, sendo que uma ACS expressou sua vontade de iniciar um curso de auxiliar de enfermagem.

Outro relato foi sobre a enfermeira se sentir muito superior e por isso deixar alguns pacientes esperando além do necessário, o que significava uma avaliação de sua conduta, envolvendo aspectos éticos, humanos e de bom senso. O convívio entre ACS e enfermeira mostrou-se complicado durante esse e outros encontros.

É importante ressaltar que nem sempre a causa de atritos é importante do ponto de vista administrativo burocrático, porém sendo de cunho interpessoal, caracteriza a falta de comunicação como fator decisório na relação entre membros de uma equipe.

Foram citadas algumas formas de controle das Visitas Domiciliares – VD, e como as enfermeiras e a Coordenação do PSF procedem aos relatórios de produção (VD) semanais.

Na reunião entre Moderador e Observadora, ficou claro que muito da frustração com o “Elo Perdido” seria eliminado com estreitamentos das relações entre os membros da equipe, principalmente Coordenação, enfermeira e ACS’s.

Programação para o penúltimo encontro:

- O envolvimento com a comunidade e o reconhecimento;
- A autonomia dentro da comunidade;
- O “Elo Perdido”, a autonomia e a comunidade;
- Início das conclusões.

4.6.11.8 Oitavo Encontro

O encontro foi realizado no dia 29 de março, seguindo o mesmo ritual dos demais, ressaltando que se tratava do penúltimo encontro, e que seriam abordadas as finalizações e as conclusões de todas as discussões. As expressões de todos se modificaram e ocorreram alguns comentários positivos.

Início das conclusões:

Ainda era evidente que a relação entre ACS e a comunidade é o ponto principal da existência deste profissional, mas nem sempre transcorre de forma tranquila, o motivo mais destacado foi a falta de comunicação à população sobre o que é e o que não é função do ACS, durante a realização de uma VD.

Um fator que compromete esta relação também é a influência das políticas internas do Município, que muitas vezes são colocadas acima dos interesses do PSF.

Situações como mecanismos de troca ou o reconhecimento por parte de um vizinho, somente após se tornar membro da equipe de PSF, são apontadas como incômodas e motivos para trabalhar em outras equipes, fora do local de sua moradia.

A abordagem durante a VD para eles é de suma importância, facilitando a relação entre as partes principais deste binômio, e nesse momento mais uma vez fica premente a falta de uniformidade da equipe no acolhimento do usuário.

O conhecimento das realidades do local de atuação pode e deve ser usado como norteador dos planejamentos das ações previstas pela coordenação; neste caso os relatos apontam que nem sempre isso é levado em consideração, pois não é dada importância ao ACS nas decisões e implementações de programas, causando uma frustração e dificultando a caracterização de sua autonomia.

Iniciamos as conclusões de modo formal e informal, sendo expressas as realidades e os entendimentos dos conceitos levantados e desenvolvidos durante todos os encontros, ficando claro que o que foi dito dentro da sala seria descrito com uma linguagem que não identificasse os autores e que o fator ético científico era muito rígido neste sentido.

Nessa altura o fator confiança já estava firmado entre as partes: Pesquisados, Moderador e Observador. O encontro ficou bem descontraído e todos expressaram seus entendimentos e discordâncias sobre as falas chegando pouco a pouco nas finalizações.

Vários temas foram destacados, como:

- Qualidade;
- Convívio dentro da equipe;
- Relacionamento;
- Comunidade;
- Aspectos éticos das funções.

Mais uma vez ficou evidente que caracterizar autonomia era caracterizar o “Elo Perdido” e, ao final do encontro, pedi para que todos conversassem muito durante a semana sobre todo o ocorrido nos encontros.

Na reunião entre Moderador e Observadora foi comentado o crescimento do grupo e, também, o nosso; tudo o que foi dito e discutido era a realidade não só deste

Município, mas de outros também, embora este grupo tenha a consciência do que é ser e do que não é ser ACS, e consiga apontar as dificuldades no alcance da autonomia, mesmo percebendo barreiras internas e externas.

A nossa satisfação era evidente com os resultados. Para o encontro seguinte ficou determinado que eles expusessem seus pontos de vistas e o que mudou durante o desenvolvimento da pesquisa.

4.6.11.9 Nono Encontro

No dia cinco de abril, último encontro, o que provocou tristeza em cada um de nós. A programação foi livre, mas pautada por objetivos comuns, como: descrever as mudanças de cada um em relação a ser ACS e o convívio dentro do programa, começando com a seguinte fala: “É eu mudei muito, hoje eu não faço mais coisas que não são da minha autonomia”, o que demonstrou que o GF modificou um pouco a realidade existente.

Outros comentários foram pertinentes, como:

- Por que a Secretaria não envolve mais os ACS's como antigamente?
- Por que o ACS não é reconhecido pela comunidade e pela equipe como fator importante para o alcance das metas do PSF?
- Por que a relação entre o enfermeiro e o ACS é tão difícil às vezes?
- O ACS tem autonomia para ser ACS e isso deve ser respeitado e facilitado pela Coordenação e demais membros das equipes.

A resposta apropriada para todos estes questionamentos era a existência do “Elo Perdido”, achado que foi descrito com uma simplicidade imensa, e que nos afetou em vários encontros, pois passou de alguma forma a ser um dos pontos principais do processo: entender que a realidade do PSF hoje neste município passa por conhecer o que ele já foi, do ponto de vista destes participantes.

Neste encontro ficou claro que treinamento, capacitação, relacionamento, trabalho em equipe, humanização no atendimento interno e externo são fundamentais para o bem-estar da população e das equipes de assistência.

A falta de consideração das realidades apontadas por ACS's foi novamente citada, como barreira no desenvolvimento das atividades e atribuições do cotidiano, sendo também apontadas ações que estes poderiam realizar para intensificar a assistência à comunidade como: cursos de manicure, bordado, cabeleireiro, entre outros.

As ações necessárias à melhoria do PSF:

- Treinamentos para as equipes, “todos e todas”;
- Encontros para trocas de experiências e vivências;
- Programação de atividades demonstrativas do que é PSF para a população;
- Descentralização da Coordenação e aproximação com as equipes;
- Valorização do ACS como profissional;
- Estabelecimento de um curso de ACS com certificação formal;
- Favorecimento da autonomia do ACS.

Percebi que todos os apontamentos eram coerentes e viáveis, não necessitando de custos adicionais, somente maior envolvimento deles e da gestão do programa.

Finalizei o encontro com a certeza de que muito mais poderia ser explorado, mas com consciência que este grupo em particular cresceu e se diferenciou dos demais, não somente por terem participado do GF, mas por características natas que ajudamos a aflorar.

Reunião entre Moderador e Observador: notamos que, de alguma forma, nossos conceitos também mudaram, apontando as qualidades, pois as dificuldades eram claras. As metas foram alcançadas do ponto de vista da pesquisa, e o principal é que conseguimos um achado especial, o “Elo Perdido”, que caracterizou todas as frustrações e as visões que o ACS têm do programa.

Para o Observador, a vontade de trabalhar o perfil profissional e psicológico indicou uma área de trabalho, após a conclusão do seu curso de psicologia.

Enfim concluímos que alcançamos as metas, embora haja muito ainda a pesquisar, e várias transformações necessárias para que os Princípios e Diretrizes do SUS sejam alcançados e fortalecidos com o PSF.

5. ANÁLISE DOS DADOS

Considerando a amplitude e as diferentes características dos dados obtidos a partir das reuniões realizadas fazendo uso da metodologia do GF, o método de análise capaz de caracterizar o objetivo proposto por este estudo foi a análise de conteúdo proposto²⁶, que utiliza procedimentos de análise sistemáticos e objetivos, de conteúdos das mensagens, propicia uma estratégia que contribui para a exploração e descrição do problema de pesquisa.

O termo análise de conteúdo refere-se a um grupamento de técnicas da análise das comunicações, que tem por objetivo obter, por meio de ações organizadas e objetivas de delimitação do conteúdo das mensagens, indicadores que admitam a indução de conhecimentos relativos às condições de elaboração e recebimento das mensagens²⁶. Segundo o mesmo autor, análise de conteúdo executa-se em três fases: a primeira compreende pré-análise; a segunda, a exploração do material e a terceira, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise é importante a visualização clara e precisa do estudo, objetivando a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a determinação dos tipos de recortes do texto e a caracterização dos pré-requisitos de análise. Neste estudo a pré-análise será realizada a partir do Diário de Campo e das transcrições das fitas gravadas nos encontros.

A exploração do material é representada essencialmente pelas operações de codificação, correspondendo a uma transformação e seguindo regras precisas dos dados brutos do texto, permitindo um recorte, agregação e enumeração, bem como uma representação final do seu conteúdo, capaz de esclarecer as características do texto²⁶.

A terceira fase compreende o tratamento dos dados obtidos e sua interpretação, podendo ser encaminhada para a contagem da frequência das unidades de significação, como definidoras do caráter do discurso ou, de forma qualitativa, com enfoque na presença de determinados temas, como valores de referência dos participantes do estudo. A interpretação situa-se no âmbito do pesquisador, sofrendo influência dos seus conhecimentos e da sua vivência e experiência em relação ao tema, a partir dos dados obtidos no estudo.

Esta fase, neste estudo, compreende também a apresentação dos dados analisados junto aos membros do Grupo Focal – GF.

6. DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS

Analisar uma pesquisa qualitativa requer do pesquisador um preparo técnico e imparcialidade na leitura, pois este método de pesquisa visa entender o que o outro valoriza e não o que o pesquisador gostaria de encontrar ²⁷.

O uso do GF como método de coleta de dados em pesquisas qualitativas favorece a verbalização do participante, pois o mesmo pode trocar experiências e vivências que até aquele momento não eram expressas no seu cotidiano.

A qualificação dos relatos passa pela compreensão das realidades do pesquisado, a sua descrição por meio de categorias deve ser rigorosamente analisada, evitando a distorção dos seus sentidos.

A construção das categorias passou por várias etapas, tendo como referencial teórico ^{25,26} a proposta de uma leitura dinâmica, agregando-os e qualificando seus significados, facilitando sua interpretação.

É necessário que após cada encontro seja apresentado um resumo dos achados e processada a validação dos mesmos junto aos integrantes do GF ^{18,22,23,24}.

6.1 Categoria 1 - O Agente Comunitário de Saúde no contexto do PSF

Sub - categorias: perfil, atribuições e atividades

Esta categoria apresenta as diferentes concepções dos participantes relativas ao perfil estabelecido por gestores nos diversos níveis de decisão política, interpretadas pelos ACS's no âmbito do seu cotidiano.

Os ACS's têm uma clara visão do que eles precisam para atuar na comunidade, e quais ferramentas necessitam para desenvolver esta atividade, mas em função das condições relacionadas aos processos de capacitação a que se submetem, revelam frustrações decorrentes da falta de definição formal de suas atividades.

O ACS desenvolve seu labor, mas muitas vezes com frustrações que poderiam ser evitadas por meio de uma participação mais próxima de seus pares e da equipe multiprofissional.

Foram identificadas três subcategorias dentro da categoria caracterização do Agente comunitário de Saúde, a seguir apresentadas.

6.1.1 O perfil do ACS

O entendimento de perfil profissional do ACS, dentro de uma equipe multiprofissional é complexo, visto que sofre muitas interferências e pressões tanto das bases políticas no âmbito municipal e local (conselhos e gestores), quanto dos membros componentes das próprias equipes de saúde da família.

O delineamento do perfil consiste na criação de parâmetros necessários para o desenvolvimento de competências e atuação de cada indivíduo dentro de um determinado contexto profissional; neste caso, na Equipe de Saúde da Família.

O processo de treinamento destes ACS's deve capacitá-los e muni-los de ferramentas que os fortaleçam para atingirem os objetivos da ESF.

Alguns autores destacam três aspectos na formação do perfil do ACS, sendo estes abordados e descritos da seguinte forma:

1. Os conhecimentos que recebem e adquirem são motivos de orgulho neste processo, pois lhes confere autoridade frente à comunidade e lhes dá destaque dentro da equipe. Porém estes mesmos conhecimentos geram ansiedade quando comparados aos conhecimentos de outros profissionais, caracterizando uma frustração quanto à irregularidade e/ou insuficiência dos conteúdos que lhes são disponibilizados.
2. A relação que os ACS's têm com a comunidade como gerador de conflitos (ciúmes) com os demais integrantes da equipe multiprofissional: esta característica é vista como parte integrante do cotidiano do ACS, pois ele depende desta relação para identificar e captar as necessidades da comunidade.
3. O conhecimento da dinâmica social do local, onde também residem, vinculando este saber, por intermédio do ACS, ao cenário local ².

Em nosso estudo o perfil delineado pelos participantes foi permeado pela vivência do cotidiano, traçando e entrelaçando experiências que somente este profissional consegue delinear com a sua história.

A constituição de um elo entre a comunidade e o PSF passa pela formação ideal de um perfil dos ACS's, e estes definiram o alicerce desta formação, com três sustentações: **O TER, O SABER E O SER**, descritos a seguir :

O “**Ter**” refere-se a: vontade de trabalhar P 2, visão P 8 P 5, competência P 11, 3, 2, interesse P 1 P 2, disciplina P 8, profissionalismo P 7, ética e sigilo P 5 e P 8, P 9, autonomia P 2.

Ter, para o ACS, corresponde à gama de ferramentas que não dependem exclusivamente de treinamentos ou de formação legal em bancos escolares, mas de requisitos que cada um desenvolve na sua trajetória de vida.

O “**Saber**” caracteriza-se pelo conhecimento a ser utilizado para a abordagem e interação com as famílias P 3, para a instilação de confiança P 7, e para o traçar das estratégias de abordagem das famílias.P 8.

O “**Saber**” é complementado pelos conhecimentos adquiridos por meio de uma base teórica no processo de capacitação e treinamento, onde o ACS recebe subsídios que o auxiliam no desenvolvimento de argumentos aos questionamentos e orientações solicitados pela comunidade e na relação com seus pares na equipe.

O “**Ser**” refere-se às capacidades utilizadas pelo ACS no desempenho de suas ações: Ser cativante. Enc 4, P 9, 3, 5; Ser organizado. Enc 4, P 10, 2, 5; Ser educado. Enc 4,P 4, 5; Ser observador. Enc 4, P9, 5; Ser informado para dar informação. Enc 4, P5; Ser (sentir-se) seguro daquilo que está fazendo. Enc 4, P 6; Ser competente. Enc 4, P 12.

Ter, Saber e Ser constituem a essência do ACS, que pressupõe uma identidade em construção ²⁻²⁹.

Partindo deste princípio podemos relacionar o perfil deste profissional, com a metáfora de Paulo Freire: “o aprender e ensinar é uma mistura de sabores” sendo que a formação deste perfil também constitui uma mistura de TER, SABER e SER, em constante harmonia ³⁰.

Uma outra forma de caracterizar esta tríade seria compararmos com a filosofia chinesa que representa o universo como energias, sendo instituída pelo TAO que representa o equilíbrio do ser. Para nós este equilíbrio também pode ser representado desta forma, sendo que o TER e o SER seriam o Yin representa a energia do indivíduo, e o SABER, a parte Yang as energias geradas ao redor do ACS, sendo que as três partes devem estar em constante relação ³¹.

A descrição destas características leva os ACS's a entenderem sua importância para a equipe e para a comunidade, dando sustentação a essa relação multidimensional. Estar presente e ser reconhecido como membro da comunidade pela população lhes confere autoridade para intervirem e argumentarem sobre quais as melhores práticas e caminhos a seguir durante o planejamento das ações de saúde.

Nós somos “OS OLHOS DO POSTO”. Enc 4, P2.

Quem fica na linha de frente é a gente. Enc 2, P 10.

Estas afirmações demonstram que o ACS não é um mero espectador ou coadjuvante, mas sim um dos atores principais da Atenção Básica, sentindo-se responsável pela “configuração das relações deste Posto com a comunidade”, decorrente das informações que processam no cenário local.

O conjunto de características citadas, que compõe o perfil do ACS associado a esta definição conduz ao delineamento do perfil preconizado pelo MS como inerente a esse profissional, constituindo um elo entre o PSF e a comunidade a ser atendida.

Entendo, no entanto, que a semelhança deste perfil com o preconizado pelo MS acontece em alguns momentos, por acaso, em uma situação de acerto e erro, em circunstâncias que nem sempre são ideais.

Por outro lado, um dos aspectos importantes citados pelos ACS's foi o vínculo afetivo, definido como “gostar do que faz” em seu cotidiano e que, quando ausente, manifesta-se pela impossibilidade de desenvolver o seu trabalho.

Se não gostar do que faz não agüenta o tranco.

Enc 6, P 2.

Esta expressão “tranco” justifica-se por entender que o labor é árduo e necessita de uma pitada de carinho em cada gesto, não podendo ser um ato mecanizado.

As dificuldades encontradas no cotidiano do ACS, tanto internamente na equipe como na comunidade, fazem com que este profissional cada vez mais se alicerce em um perfil definido com suportes pessoais e intelectuais. O entrelaçar multiprofissional ampara a formação deste perfil, a sua manutenção e o seu crescimento.

6.1.2 Atribuição

Atribuição é o termo designado pelo MS para definir as ações do ACS, sendo que estas devem ser priorizadas dentro das equipes, não podendo haver desvios que comprometam o seu cotidiano ³².

Como citado, entender o que é atribuição e o que é atividade dentro do cotidiano do ACS é difícil, porém a definição está atrelada à forma de desenvolver conteúdos específicos para estes profissionais nos treinamentos e capacitações de cada Município. Atribuição significa: Função conferida a alguém ⁹.

As atribuições dos ACS's se refletem diretamente nas equipes e nas comunidades assistidas.

Elencar tais afazeres deste sujeito e classificá-los seria simples, com base nos manuais do MS, como já descrevemos anteriormente, todavia traduzi-las para um entendimento do ACS é complexo.

O ACS executa suas atribuições conforme foi capacitado e orientado em seu local de trabalho, mas sua responsabilidade vai muito além delas. Ao se comprometer com uma família, o ACS se sente obrigado a acompanhá-la em suas dificuldades, e a transmitir para a equipe informações referentes à sua atuação ³³.

Uma das atribuições mais comuns realizadas pelos ACS's é a VD, e constitui uma via de mão dupla entre a comunidade e a equipe do PSF ³³⁻³⁴.

O ACS desenvolve suas atribuições dentro dos domicílios de sua área de responsabilidade e participa da programação das unidades onde suas ações são supervisionadas ³⁵.

Reconhecer e dar importância às ações efetivadas pelos ACS's representa um grau de lealdade dos mesmos com o programa, definindo suas atribuições.

Entre as atribuições propostas pelo MS, destaca-se a territorialização, identificação de famílias e indivíduos em situação de risco e a coleta de dados e informações sobre os membros das famílias. Nenhuma dessas ações seria possível sem e a criação de vínculo bilateral e forte entre equipe e população assistida, sendo o ACS o elo de ligação.

A aceitação do ACS caracteriza-se por comportamentos da comunidade nesse sentido, representados por gestos simples.

*Tomar um cafezinho. Quando espera você com bolo,
cafezinho, ai que gostoso. Enc 3, P 4.*

um

Primeiro tem que ser conhecido... Enc 4, P 8, P 2.

É saber chegar na casa do paciente, saber

cumprimentar, apresentar, mostrar por que ele veio

Os ACS's compreendem que o ato de entrar na residência do usuário e ser aceito por ele é muito importante e fundamental para desenvolver suas atribuições.

No município onde se realizou este estudo a Coordenação do PSF implantou uma rotina semanal de envio de relatórios para acompanhamento dos procedimentos das equipes, devido à queda da produção dos ACS's.

Dentre as atribuições citadas, a que mais se destacou foi a realização de Visita Domiciliar – VD, sendo que é a principal ponte entre a equipe e a comunidade, e o ponto de ligação é o ACS. Esta atribuição é complexa e depende exclusivamente deste profissional, e servirá de alicerce à atenção básica de saúde, como já citado.

O perfil delineado pelos participantes do GF facilita a realização da VD, pois o ato de visitar uma residência vai além de um registro formal e documental na área de atuação, consistindo em um momento de interação entre ACS e família, como podemos observar nos relatos abaixo.

Você chega para fazer uma visita com vários

requisitos que vai questionar ali para a família. Então você tem que estar prestando atenção, fazer todo um questionamento e obter resposta. Ter jogo de cintura a para chegar naquilo, chegar na hora certa e saber falar. Enc 4, P 5.

...uma visita envolve a família inteira, do maior ao

menor, tem que dar mais atenção para a mulher, porque às vezes a gente é mal entendida, pode ter conflito, e saber o seu lugar (o lugar do ACS).

Enc 4, P 9.

Tem que ter tempo para conversar e não essa

correria com a pessoa da casa, tem que entrar na casa, olhar o quintal, ... dar oportunidade para que eles exponham o problema. Enc 7, P 2.

A quantidade de VD realizada por um ACS diariamente é programada de acordo com o número de famílias cadastradas e a quantidade de ACS's vinculados à equipe. A proporção média neste município é de cinco ACS's por USF, resultando em duzentas famílias a serem visitadas mensalmente por cada ACS. Assim o cálculo médio de VD diárias é aproximadamente oito a dez por dia por ACS. A análise de cada micro-área vai definir o grau de dificuldade ou facilidade na VD. Esta análise é realizada pelo ACS responsável pela micro-área, que realiza o planejamento diário. Este planejamento tem como base o processo de territorialização e adscrição da área de atuação que, no processo de implantação do PSF, é dividido em uma área e quatro a seis micro-áreas, isto dependendo do número de ACS's na equipe. As micro-áreas correspondentes a estes ACS's pesquisados compõem uma região do município que agrega um percentual de trabalhadores rurais. Essa realidade é um dos fatores de complicação nesta atribuição, pois os moradores saem cedo de suas residências para trabalhar. Outro fator que devemos destacar é o costume da população de se dispor a atender o ACS após às 09:00h da manhã.

*Cada lugar é uma realidade, ... tem que desenvolver para
cada micro-área. Enc 3, P 1.*

*A realidade é diferente, cada micro-área é diferente da
outra socioeconomicamente e é diferente a cultura. Enc
4, P2.*

*...cada rua é uma história diferente, é muito
individual ... Enc 3, P1.*

Esta realidade encontrada e diagnosticada pelos profissionais simboliza os recursos pessoais de que o mesmo necessita para o desempenho desta atribuição, e que já foram destacados acima.

A abordagem do usuário requer uma interação que não depende somente do ACS, mas sim de todos os membros envolvidos, pois algumas orientações realizadas no domicílio irão se desenvolver no contexto da USF. O atendimento a ser efetuado pelos demais integrantes da equipe corresponde à continuidade do processo de atendimento ao usuário.

*Cada família a gente trabalha de um jeito, né? Vou a casa
daquele lá, a visita é de uma forma, tem que falar mais
sério com ele. Enc 4, P 11.*

*O ACS tem que se fazer conhecido na comunidade em
primeiro lugar, para depois tentar ser informado,
cativante com a população. Enc 5, P2.*

*Tem que ir cativando, né? Quanto mais você cativa no
começo, mais você vai poder ajudar. Enc 3, P 3.*

Por outro lado, os ACS's relatam dificuldades para execução desta atribuição. As orientações e encaminhamentos realizados na residência do usuário são de suma importância para a continuidade do atendimento e os demais membros das equipes em alguns momentos causam dificuldades para esta continuidade. As dificuldades mais relatadas pelos ACS's são a falta de participação e apoio dos profissionais que atendem na USF.

*Muitas vezes a gente vai fazer a visita e pede para
passar em consulta e quando ele vai não tem vaga...
Enc 2, P 1.*

*Tem que ter um bom atendimento no posto (PSF)
porque quando a gente vai fazer visita vai ter um
boa receptividade. Enc 2, P 5.*

*A gente não tem apoio dos outros, teve uma vez
um paciente não era da minha área, ele é deficiente
e só precisava da receita. Chegou lá ele me chamou
e a auxiliar barrou. Enc 6, P 6.*

*Ela (enfermeira) não sabe o trabalho que é fazer
VD, porque raramente ela vai fazer. Enc7, P 5.*

Essa falha no atendimento na USF dificulta a acolhida no âmbito da família do usuário durante a realização da VD, ocasionando frustração no ACS.

As maiores inseguranças na VD estão descritas a seguir:

Lidar com adolescentes, eu tenho muita insegurança. Ele é rebelde, é difícil de fazer o vínculo com ele. Enc 5, P 5.

Só me sinto insegura quando me fazem perguntas que não consigo responder, falta conhecimento por exemplo em relação à gestante. Enc 5, P 2.

Eu me sinto insegura com orientação de deficiência mental, eu não sei mesmo, agora do resto eu não tenho problema. Enc 5, P 9.

Só na medicação, porque acho que tem que ser o médico para orientar. Enc 5, P 1.

Eu não tenho segurança em orientar para o recém nascido, eu dou orientações básicas, eu tenho autonomia para isso, quem tem que orientar especificamente é a enfermeira. Enc 5, P 9.

Entretanto, em algumas ações os participantes do GF referem à sensação de segurança ao prestar orientações aos usuários, como podemos observar nos seguintes comentários.

Hipertensos, diabéticos eu tenho, eu sei, vejo em televisão, eu tenho muita segurança em passar as orientações. Enc 5, P 5.

Agora diabéticos e hipertensos, eu acho mais fácil de entender do que outros. Enc 5, P 8.

Há que se destacar que alguns membros do GF não receberam treinamento, o que se caracteriza pela informação obtida por meio dos programas de televisão, fato que será discutido na Categoria dois.

Outro ponto referido foi a questão da documentação das ações realizadas pelos ACS's, determinada pelas instâncias formais, representada pelo Sistema de Informação a Atenção Básica – SIAB, que configura suas atribuições.

O preenchimento de relatórios diários se faz necessário, pois alimenta o SIAB, que é enviado uma vez ao mês para a Diretoria Regional Saúde – DIR.

A Coordenação do PSF define os aspectos quantitativos dos procedimentos como prioritários para elaboração dos relatórios. Os ACS's, por sua vez, relatam que em decorrência das tarefas extras a eles delegadas, obtêm os dados e assinaturas (em entregas de medicação, por exemplo) necessárias no âmbito da USF, passando a considerá-las como VD's. Apesar de esta prática não ser aceita como algo rotineiro, justificam a ação pela exigência da Coordenação do PSF, em termos quantitativos de VD's definidas para a micro-área. Para estes ACS, o ato de coletar assinaturas também corresponde a um tipo de atuação junto ao usuário, visto que nestes momentos conseguem informações às quais nem sempre teriam acesso nos domicílios.

É quando eu não saio, eu tenho que pegar assinatura, de todos que eu entrego medicamentos. Enc 7, P 3.

A qualidade não cai, quando a pessoa tá passando no balcão eu não deixo de atender, se é paciente da minha área eu converso, pergunto por que venho no médico, como ela tá. Você fica mais atento, as vezes dá até mais liberdade para perguntar. Enc 7,P 1.

Em que pese a aceitação desta prática documental como rotineira, percebi o desconforto dos membros do GF em relação à importância dada pela Coordenação ao alcance quantitativo das metas da ESF, durante as discussões realizadas.

Se você fecha com 700 famílias cadastradas e você manda 600, eles querem saber da quantidade, tem que mandar sempre a mais do que está cadastrada na área. Enc 7, P 2.

O certo seria você ir a casa pegar assinatura na casa. Enc 7, P 7.

Esta atribuição não corresponde à preconizada pelo MS em relação a VD. Os ACS's não têm outra alternativa a não ser esta, para suprir a demanda por assinaturas, visando ao alcance das metas estabelecidas para a ESF. Em muitos relatos a VD deixa de ser caracterizada como interação entre ACS e família e passa a ser colocada como ato de coletar assinaturas ou procedimentos. As duas pontas envolvidas sentem o mesmo.

Tem pessoas que já perguntam aonde têm que assinar, elas não querem conversar. Enc 7, P 2.

Teve um tempo que a gente gostava de fazer visita, não se preocupava com a meta, nunca se preocupávamos com recordes, A gente fazia a média nunca se preocupamos com isso. Enc 7, P 7.

Este relato demonstra mais uma vez a frustração sentida pelos ACS's, sendo que quando exposto, causou um silêncio no auditório, caracterizando a angústia sentida e a nostalgia por um passado não muito distante.

6.1.3 Atividade

Entre as ações do ACS, como visto, as atribuições são complexas e demandam uma gama de conhecimentos e tempo para sua execução; por outro lado os participantes

do GF classificam algumas ações como atividades extras que, no seu entendimento, não seriam de sua competência ou que não constam das atribuições preconizadas. É necessário deixar claro que “atividade” significa qualquer ação ou trabalho específico realizado pelo ACS no âmbito deste trabalho, que não necessariamente consta de suas atribuições⁹.

O grupo de agentes comunitários recebeu a indicação de novas atividades dentro de algumas equipes e as assumiu como atribuições no seu cotidiano.

...tem que organizar a fila do leite, marcar no cartão, controlar as mães... Enc 1, P5.

...tem que socorrer a auxiliar de enfermagem, tem que socorrer enfermeira na hora da farmácia. Enc 1, P5.

No final do mês tem pesagem, tem o fechamento também, a gente fica quase louca lá. Além de tudo é muito papel, muita burocracia. Enc 1, P1.

Hoje a quantidade indica a qualidade. Enc 7, P 5.

Às vezes a assistente social liga pra eu ver se a pessoa precisa de cesta básica, eu tenho que sair da minha rotina para fazer isso. Enc 6, P 1.

O certo era trabalhar com prevenção, só que vem daqui (Secretaria de Saúde), para trabalhar como pronto atendimento, aí que está o problema... Enc 6, P 2.

A gente faz para tampar buraco. Enc 5, P 7.

Em alguns casos estas atividades caracterizam uma dificuldade no alcance da meta estabelecida, pois a rotina se compromete em razão de outros fatores. Algumas das

atividades descritas pelos ACS's compõem as atribuições definidas como suas, porém a forma determinada pela ESF causa um desentendimento da sua real finalidade.

Entre estas atividades podemos citar:

- cadastros do cartão SUS, programa distribuição de leite;
- realização de procedimentos especializados de enfermagem, coleta de material de exames laboratoriais, auxílio em consultas médica;
- distribuição de medicamentos, vistorias de dengue .

Como citado anteriormente, algumas das atividades deveriam ser reorientadas adequadamente para não causarem insatisfação aos ACS's, visto que muitas poderiam perfeitamente estar integradas ao contexto em que se processam as relações usuário / ACS, como, por exemplo: vistoria da dengue, que deixaria de ser considerada como atividade, se fosse colocada como visita domiciliar e orientação preventiva.

Os relatos e queixas dão conta da gama de procedimentos que os participantes do GF realizam no cotidiano e como se sentem em relação a estas atividades, como nos exemplos citados abaixo:

Na verdade o serviço do ACS é visita, só que geralmente a gente acaba fazendo tudo, ajuda na coleta de sangue, coleta de citologia, cadastro de viva leite, entrega de cartão de SUS, às vezes a gente não tem tempo. Enc 6, P 2.

Lá no posto (PSF) parecia que eu era a auxiliar de enfermagem, chegava gente para fazer insulina, fazer dextro (glicemia capilar), eu só não aprendi verificar pressão, aí eu fico enrolada... uma hora ou outra tudo bem, mas todo dia... Enc 6, P 1.

... tem que socorrer a auxiliar de enfermagem, tem que socorrer enfermeira na hora da farmácia.

Enc 1, P 5.

Quando tinha os ACS's para fazer este trabalho (dengue), parece que resolvia, nós só passando

orientação parece que não tem tanto efeito. A gente já tem tanta coisa pra olhar. Enc 5 , P 5.

Para o GF estas atividades fazem parte de uma rotina diária e incorporada ao contexto, transformando-se em atribuições regulares. Os ACS's consideram como um desvio de função a realização destas atividades, causando uma dificuldade à interação com a comunidade assistida.

*O ACS tem que ficar mais na comunidade, ele fica no
balcão. Enc 1, P 8.*

Um tipo de visita relatado pelos ACS's foi a Visita Domiciliar Social ou VD Social como denominada pelos próprios, que consiste em ir até a residência do usuário com o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro, somente para verificar a pressão arterial, por exemplo.

Este tipo de VD não consta como atividade regularizada, e é justificada pelos ACS's, por que os profissionais da enfermagem não conhecem a comunidade e não se sentem seguros na abordagem.

*Visita social é aquela que a gente vai com o auxiliar só ver pressão,
vai exclusivamente para ver aquele paciente, é um bate e volta.
Enc 7, P 5.*

*A gente conversa pouco, eu acho que tem que fazer a visita do jeito certo,
mas tem muita coisa para fazer, então a gente ajuda. Enc 7, P 8.*

Esta visita é realizada com pouca frequência, somente quando solicitada pelos profissionais citados acima. Há que se destacar a visão do ACS, que considera a importância de realizar esta visita "do jeito certo", que no seu entender deveria ser realizada pelo enfermeiro e/ou auxiliar de enfermagem.

Conforme os relatos dos ACS's, podemos observar que existe confusão entre o que é atribuição formal preconizada pelo MS e o que é determinado pelo município.

Desta forma se caracterizou a classificação das atribuições e das atividades referidas pelos ACS's. Não é proibido que o município agregue mais funções a estes

profissionais, porém se faz necessário o detalhamento das mesmas, evitando entraves na sua apreensão. A legislação vigente autoriza a gestão e a utilização dos recursos existentes no município, porém deve-se evitar a precarização dos mesmos, devido à falta de informação ³⁶.

6.2 Categoria 2: O processo de seleção e treinamento do ACS

Esta categoria apresenta a forma pelos quais os ACS's são selecionados e preparados para desenvolver suas atividades na equipe de saúde da família. Há que se destacar, conforme a descrição da categoria anterior, que o trabalho destes ACS's está diretamente voltado para a coleta de informações sobre as famílias de sua área de abrangência, e de outras atribuições específicas já descritas anteriormente.

Os participantes do GF definem como fundamental o processo de seleção e treinamento, pois estes embasam a estrutura e construção do cotidiano do ACS, dando ênfase não somente a sua parcela de contribuição, mas de todos os envolvidos na equipe de saúde da família.

O processo de seleção é entendido como identificação dos candidatos mais aptos a desempenhar as tarefas estabelecidas. No caso da estratégia Saúde da Família, devem ser identificados aqueles que apresentam o perfil mais adequado para o desempenho das atividades pertinentes, associado à respectiva qualificação técnica ³⁷.

A qualificação das ESF é realizada por meio de treinamento introdutório que capacita os profissionais para atuarem junto à comunidade; por ser considerada uma nova prática, recomenda-se que toda a equipe seja introduzida nos seus trabalhos através de um processo específico de capacitação ³⁸.

O binômio formado por seleção e treinamento dá credibilidade, confiabilidade e segurança às atividades dos ACS's. Este conjunto deve transferir ferramentas efetivas para que todos os profissionais atuem adequadamente.

Isto pode ser confirmado na definição das atribuições comuns de todos os profissionais definidos na Política Nacional de Atenção Básica.

A equipe do PSF deve estar capacitada para:

- Identificar a realidade epidemiológica e sociodemográfica das famílias adscritas;

- Reconhecer os problemas de saúde prevalentes e identificar os riscos aos quais a população está exposta;
- Planejar o enfrentamento dos fatores desencadeantes do processo saúde / doença;
- Atender à demanda programada e espontânea;
- Utilizar adequadamente o sistema de referência e contra - referência;
- Promover educação à saúde e melhorar o autocuidado dos indivíduos;
- Incentivar ações intersetoriais para enfrentar os problemas identificados ³⁵.

É importante ressaltar que a implantação do PSF tem caráter substitutivo diante do modelo assistencial em vigor atualmente; sendo assim, as equipes devem se adequar a estas normalizações preconizadas pelo MS.

Por outro lado, passar por todo este processo não significa que o ACS será competente e se envolverá com a dinâmica do PSF, na opinião dos ACS's.

*Se a pessoa não tiver vontade, bom senso para
analisar as coisas, infelizmente tudo que eu fiz
dentro da micro-área se perde. Mesmo eu
orientando. Se a pessoa não tiver vontade,
vai voltar tudo de novo. Enc 5, P 1.*

Assim fica evidente que passar por um treinamento não certifica que o trabalho será realizado adequadamente.

6.2.1 Seleção

A orientação do MS quanto à contratação dos integrantes da equipe diz que além da opção de seleção interna, normalmente é necessário contratar profissionais de saúde. Médico, enfermeiros e auxiliares de enfermagem devem ser contratados através de regime CLT, facilitando a reposição e expansão do quadro de pessoal da administração pública nos três níveis de Governo, observando os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal ³⁷.

Quanto aos ACS's, por razões de natureza de seu trabalho, devem ser da comunidade, favorecendo o elo com o serviço de saúde; recomenda-se que sejam

contratados por entidade não lucrativa de interesse público, que efetuará contrato de gestão ou Termo de Parceria com o Município ³⁷.

O processo de seleção dos membros das equipes do PSF não segue um padrão definido neste município, pois cada categoria profissional tem uma forma de contratação. Os médicos têm contratos como temporários, os odontólogos, os enfermeiros e auxiliares de enfermagem são selecionados por meio de concurso público, não havendo a exigência de especialização.

Há que se destacar que neste município ainda não existem cargos específicos para o PSF. Os ACS's, por sua vez, são contratados por uma Organização Não Governamental – ONG do município, podendo ser em alguns casos indicados por políticos da região, os denominados “QI's” (quem indica).

Tem pessoas que tem QI (quem indica), mas não trabalham de maneira correta, ai fica difícil o programa. Enc 8, P 1.

*...hoje em dia está acontecendo o seguinte: vai pega
uma carta com o vereador e ai vai trabalhar no
posto (PSF). É assim, contrata todo mundo que tem
carta de vereador. Enc 2, P 3.*

Na visão geral dos participantes, este fato causa desconforto apenas quando o ACS usa esta indicação como forma de preservação do emprego, sem realizar as atribuições e atividades propostas pelos PSF.

A visão do ACS sobre a sua seleção deixa claro que, independentemente da forma que ocorreu, é preciso desenvolver suas atribuições e atividades da maneira mais honesta e ética possível. O sentimento expresso pelos mesmos refere-se a gostar do que faz.

*Quem vai vestir a camisa do PSF, é difícil trabalhar. Eu
fui indicada por um vereador, mas eu gosto do que
eu faço, e isso é que é importante, assumo a minha
função. Enc 8, P 1.*

*E quem não gosta do que faz acaba atrapalhando as
pessoas que têm vontade e precisam do trabalho.*

Enc 2, P 6.

Porém, mesmo com estes entraves, eles relatam que o processo de seleção deve continuar assim, sem concurso, pois vêem naqueles que são concursados um certo descaso com as metas do PSF.

*Eu acho que o PSF não devia ser concursado, quem é
concursado pensa diferente, isso pesa muito, cada um faz
como quer. Enc 6, P 4.*

Esta preocupação se dá devido à baixa empregabilidade do município em questão, pois tem sua economia baseada na agroindústria, não proporcionando a esta faixa de força de trabalho uma oportunidade na área urbana.

Para efeito de seleção dos integrantes do GF não foi considerado o processo de indicação para o cargo como fator de inclusão ou exclusão na pesquisa em desenvolvimento, visando justamente o posicionamento dos ACS's nas duas formas de indicação.

Outra questão discutida foi o grau de instrução a ser exigido para o ACS. A questão causou agitação, pois havia muitas divergências sobre este tema. Foram apresentadas algumas considerações a seguir destacadas.

*Nível superior eu acho que não, mas capacitação sim.
Enc 2, P 8.*

*Porque vai contratar um nível superior para ganhar
quatrocentos e poucos reais, será que alguém vai
querer sabe?. Enc 2, P10.*

*...pelo menos o ACS tem que ter o segundo grau,
quarta série, vai saber o quê? Enc 2, P 2.*

Neste município encontramos vários profissionais com curso universitário concluído ou em andamento, exercendo a função de ACS. Este cenário pode ser o causador da agitação dos membros do GF quanto a este tópico.

Com estes relatos observo que no município em questão a história do PSF é diferente de algumas regiões do Brasil, tanto pelas características regionais como pelo nível educacional da população, conforme já mencionado anteriormente. A conclusão foi que o ACS deve ter no mínimo o ensino médio para que possa desenvolver suas atividades a contento, e que uma capacitação se faz necessária.

O MS vem investindo, por meio do Departamento de Atenção Básica da Secretária de Políticas de Saúde, em Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente para a Saúde da Família. Estes Pólos estão à disposição dos técnicos responsáveis pela capacitação da equipes de Saúde da Família ³⁹.

Um outro ponto que foi citado pelos ACS's é que se deveria incluir neste processo a participação de um profissional de psicologia.

*... passar pelo psicólogo e fazer uma pré-seleção, não
é todo mundo que gosta do que eu faço. Viu, mas acho
que primeiramente fazer o perfil, detalhar o perfil para
depois fazer o contrato. Enc 2, P 2.*

Fica claro que os ACS's consideram a importância de critérios de seleção para todos os participantes do PSF, visto que isto confere, de acordo com os relatos, uma uniformidade na equipe e não elimina possíveis condutas desviadas no desenvolvimento das atribuições e atividades.

*Lá em cima ninguém tá interessado se tem ou não perfil
para trabalhar como Agente, tem que ter mudança,
mas tem que ser geral. Enc 8, P 6.*

Na visão do ACS o gestor não se compromete com os princípios do programa quando deixa de promover uma seleção adequada. Para que o processo de seleção transcorra de forma eficiente o responsável deve ter conhecimento prévio

das funções que serão desempenhadas pelos contratados; desta maneira evita-se agregar indivíduos que não tenham o perfil necessário aos cargos ³⁹.

6.2.2 *Treinamento*

A segunda etapa do processo de formação de uma equipe de saúde da família é o treinamento de cada integrante, no caso do PSF, sendo que o MS disponibiliza os recursos para a formação dos integrantes em todos os níveis.

O treinamento é realizado de acordo com os protocolos do MS, podendo ser desenvolvida no próprio município ou em pólos de capacitação.

O acompanhamento contínuo e o desenvolvimento de atividades como educação permanente, é reconhecido nos relatos dos ACS's como treinamento. Desenvolver tais atividades contribui para elevar a qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Tem que ter um treinamento de qualidade, não como hoje. Enc 8, P 10. é

Tem que ter um curso com enfoque no que é função ACS, não em outras coisas. Enc 8, P 2. do

Para entender como funciona a dinâmica de uma USF, não basta o conhecimento adquirido nos bancos escolares ou da graduação, um treinamento formal e específico.

Há uma preocupação de alguns participantes do GF quanto à inexistência deste treinamento.

hoje todo mundo entra sem ter treinamento, então cada um faz como quer. Enc 3, P 5. cada

Eu aprendi olhando os outros, ninguém me treinou. Enc 8, P 2.

Eu também não tive treinamento e faz falta no dia a dia.
Enc 8, P 3.

*Olha a ACS que me treinou fez assim: me levou nas casa
bateu palma e disse olha essa é a agente nova ela que vai
ficar com a área, isso não é treinamento.*
Enc 8, P 6.

Este treinamento segundo MS deve abranger temas como:

- O conceito de saúde, com a finalidade de identificar e analisar as condições de saúde da sua comunidade;
- Conceito de vida comunitária e estabelecimento da relação existente entre vida comunitária e promoção da saúde ⁴⁰.

A preocupação dos ACS's não é somente com a sua função, mas com a equipe toda, visto que alguns integrantes atuam nas equipes sem o mínimo conhecimento do que é o PSF.

*Porque dentro do tempo em que a gente está, tem
enfermeira que não tem noção do que é*

*P.S.F., porque vem de outro lugar, não tem idéia,
ela não vive o P.S.F. como a gente vive. Tanto que
existe confronto quando sai na rua, quando você
manda pra lá, achando que a pessoa vai ver o
paciente com os mesmos olhos que a gente viu.*

*Ela vê com outra visão. Eu não sei se ela vê mais
certo, com uma visão mais prática, menos
paternalismo, não sei se é isso a diferença.*

Enc 5, P 5.

*Cada um trabalha de um jeito, aí fica difícil, pra
gente, pra todo mundo. Enc 6, P 7.*

*Por isso que deveria ter o curso tanto para ACS
como para enfermeira para entender, por exemplo,*

então explicaria para todos, todos falariam a mesma língua. Enc 6, P 3.

Desta forma se faz necessário não somente o treinamento dos ACS's, mas de todos os participantes da equipe de saúde da família, para que a assistência seja integral e uniforme. Há que se destacar que o MS preconiza que o processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente com o trabalho das equipes de saúde da família, por meio do Curso Introdutório para toda a equipe ⁴⁰.

Este treinamento é idealizado pelos ACS's também não somente como formação profissional, mas como uma forma de reconhecimento social. Por este motivo deve ser realizado de forma planejada, e não sob a forma de palestras. Referem ainda que deveria haver um curso que lhes conferisse uma certificação reconhecida legalmente.

Tem que ter um curso. Enc 3, P 4.

Precisa ter uma apostila. Enc 3, P 8.

Qualificação adequada. ...não adianta ter qualificação e não ter conhecimento. Enc 3, P 2.

O treinamento descrito pelos ACS's causa insatisfação e é deficiente nos conteúdos relacionados ao atendimento da comunidade. Na maioria das vezes, segundo os participantes do GF, é o próprio ACS que se encarrega desta atividade. Os ACS's não são preparados para esta função.

Eu acho que a gente ensina o melhor para a pessoa, para a pessoa crescer, como pessoa e como profissional. Enc 5, P 1.

Se for ver o certo, não é função da gente na verdade. Enc 5, P 5.

Porque não tem quem ensine né, se não for a gente mesmo. Eu acho que esses novos teriam que ter mais atenção da enfermeira, principalmente da enfermeira. Porque a gente, por mais que queira fazer o certo, às vezes tem coisa que aplica na minha micro-área que não pode ser aplicado na dela, entende? Eu acho que a enfermeira devia sair a campo. Enc 5, P 1.

Eu nunca precisei ensinar ninguém, mas quem me ensinou, por exemplo, nunca falou: Você tem que fazer assim ou nós fazemos assim. Então você age da maneira que quiser dentro disso, entendeu? É assim. A enfermeira também dá umas noções, mas na verdade a gente não dá o curso, não dá nada pra ninguém. Enc 5, P 9.

Este procedimento, como relatado pelos ACS's, deveria ser construído em pólos de capacitação que estão formalizados em várias localidades do estado, como por exemplo, na Diretoria Regional de Saúde – DIR, que responde por este município. Em alguns casos especiais, acredito que o gestor local pode constituir uma equipe formada por profissionais experientes no contexto do PSF, para treinar não somente o ACS, mas todos os integrantes do programa, conforme orientação do MS ².

A responsabilidade pela assistência à saúde do município é do gestor local, no caso o prefeito e seu secretário de saúde, cabe a estes a promoção da qualificação de seus colaboradores.

Produzir o cuidado, com base nas diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, visa promover a atenção básica à população, de acordo com a legislação vigente ⁴¹.

6.2.3 Educação Permanente

Compreender as necessidades da demanda de trabalho e adequá-las a uma rotina de treinamento é um desafio aos componentes das equipes do PSF. Uma das estratégias determinada pelo MS é a Educação Permanente, que visa estimular o

indivíduo a construir dentro do seu mundo de trabalho o seu desenvolvimento, tendo como exemplos as ferramentas do seu cotidiano, possibilitando a capacitação contínua ⁴².

Esta fase de gestão do PSF é importante, pois determina a constante atualização dos conhecimentos adquiridos durante o processo de treinamento da ESF. A implantação e o desenvolvimento de uma equipe permanente de educação contribui para a elevação da qualidade da assistência prestada aos usuários.

A falta de atenção na educação permanente desses profissionais acarreta não somente a deficiência da assistência, mas acima de tudo uma frustração, quando sentem sua atividade menosprezada por todos na equipe, pois entende que se não se atualizar não será importante para a comunidade.

É importante ressaltar que os integrantes desta equipe de Educação Permanente devem ser capacitados em pólos de formação. As formas de administrar os treinamentos devem seguir padrões estabelecidos e diferenciados, para estimular a participação e o entendimento de todos os participantes.

A realização de palestras não é considerada como treinamento, no entanto são descritas como tal, por alguns ACS's.

*O que eu aprendi foi nas palestras, porque quando eu
entrei não tive treinamento, durante um ano não tive
nada, só a palestra, o que eu aprendi foi na palestra.
Enc 6, P 4.*

*Eu não considerei como treinamento a palestra,
entendi só como informação. Enc 6, P 1.*

*É tão desinteressante quando você vem em uma
palestra aqui (secretaria), porque parece um desfile
de moda, você já vem desestimulada, aí você chega,
um monte de coisa que ninguém entende ninguém
respeita o palestrante. Sabe onde eu tiro as minhas
dúvidas no posto? Com o DR. Enc 6, P 1.*

O fator motivador do educador é primordial na transferência da informação, o uso da didática correta, ambiente confortável e postura frente àqueles que receberão a mensagem, alicerçam o receptor. A formação didática do educador deve ser exigida e colocada acima dos interesses políticos envolvidos.

Podemos dizer que para que ocorra uma aderência à mensagem recebida é necessário um ambiente favorável no aspecto físico (conforto, iluminação, acústica) e um preparo prévio do educador.

A aprendizagem deve caminhar ao lado da comunicação, como algo que ultrapasse a transferência de saber de uma pessoa para a outra, estamos falando de um aprender com o outro, não do outro. Num grupo, numa equipe em que a comunicação está se fazendo com ruídos, com interferência, a aprendizagem fica paralisada, pois as trocas estão comprometidas ⁴³.

O espectador não deve ser encarado como um mero depositário de informações ³⁰. Assim, há saberes a ensinar, mas há saberes para se ensinar ⁴⁴.

*Um falando a gente dorme, todos debatendo é
estimulante. O palestrante tem que ter dinâmica.*

Enc 6, P 1.

O debate é uma das técnicas que estimulam o receptor a fixar a informação ofertada, pois oferece mecanismos que o remetem ao seu cotidiano.

A educação permanente, quando fundamentada no cotidiano do participante favorecem a assimilação do conteúdo disponibilizado.

A falta de conhecimento causa uma angústia no ACS, frustrando-o e causando uma sensação de impotência e de falta de autonomia no seu cotidiano.

*Você aprendeu, como? Porque se você tem um
curso, vai saber mais e se não tem vai saber menos.
Porque você vai fazer melhor, porque a gente não
tem noção de nada. Porque se a gente trabalha
amanhã do mesmo modo que trabalha hoje, não faz
diferença, porque é muito limitado. Porque o que
você sabe, você aprendeu quando teve um curso ou
alguma coisa, porque algumas pessoas sim, no meu*

caso não, porque tudo que sei é ali no dia-a-dia, bota a cara para aprender, nada foi ensinado, não teve curso. Enc 2, P 1.

A aplicabilidade de uma atividade que envolve o conhecimento formal está atrelada a uma experiência e vivência que cada ACS tem e entende de formas e maneiras diferentes.

Fazer com que o ACS entenda que uma palestra pode ser efetiva no seu cotidiano depende do palestrante, pois a ele compete entender e fazer entender a importância de se formar e reformar a informação.

A visão que fica dos relatos é que a seleção e o treinamento devem ser realizados por pessoas capacitadas, não somente para a transmissão de conhecimentos, mas para satisfazer as expectativas.

O gestor do programa deve ter conhecimento sobre a dinâmica das atividades exercidas por todos os profissionais envolvidos no PSF, e promover uma aproximação interna e externa das equipes, facilitando a troca de experiências.

6.3 Categoria 3: O ACS como categoria profissional

Esta categoria proporciona uma reflexão complexa sobre a realidade de um profissional da área de saúde, que por muito tempo não foi reconhecido como tal.

É necessário salientar que nem todas as categorias têm a necessidade de ser profissões, porém todas as profissões geram categorias profissionais, sejam elas com formação específica ou não.

Na sociedade existem várias maneiras de se tornar um profissional, por meio de formação prática (que em alguns casos é passado de pai para filho), como aprendiz em algumas áreas ou formação formal nas escolas e faculdades, sendo esta segunda dividida em vários níveis: médio, superior e pós-graduação.

A construção da identidade deste sujeito deve passar pela elaboração da estruturação de ocupação social do ACS, sendo dividida em quatro etapas;

- A profissão, sendo o saber ser profissional caracterizado pelo profissionalismo, e parâmetros que regulamentam as atividades;
- O respeito às regras e organização do trabalho, partindo de uma razão burocrática que norteia as relações profissionais;

- A necessidade de pertencer a uma classe profissional, que deixa claro os parâmetros que dizem quem está dentro e quem está fora;
- Caracterizar as competências técnicas do profissional, avaliando-o nas suas atividades ².

No caso dos ACS's, por muitos anos esta categoria somente foi visualizada como grupo de pessoas que prestavam assistência dentro de um programa, sem a necessidade de formação específica e nem reconhecimento como profissão.

Na implantação do PSF como programa a atenção básica, as atribuições do ACS eram:

- Realizar ações básicas de saúde de acordo com o seu nível de competência;
- Desenvolver atividades de educação em saúde individual e coletiva;
- Estimular a organização da comunidade;
- Desenvolver outras atividades pertinentes a sua formação;
- Registrar as atividades desenvolvidas no seu trabalho e encaminhá-las à coordenação municipal do programa ².

Como o PSF foi padronizado como modelo de atenção básica à saúde e sua cobertura populacional se tornou referência para o MS, passou a ser uma necessidade oficializar a profissão de Agente Comunitário de Saúde.

Alguns Conselhos Profissionais justificam que o ACS necessita de uma formação específica, e as exigências do MS para exercer a função eram somente saber ler e escrever e pertencer à comunidade assistida.

O Congresso Nacional, por meio da Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, recompensa toda uma categoria. Esta legalização ainda hoje necessita de regularizações e uma maior organização da classe ⁴.

Existem 210.887 ACS's em atuação em todo o território nacional, promovendo uma cobertura de 59% da população brasileira. Ainda é necessário criar cursos de formação para estes profissionais da saúde ⁴⁵.

6.3.1 O ACS como Categoria Profissional

Estar inserido em uma categoria profissional representa, para os ACS's, um status e ao mesmo tempo uma necessidade, pois eles alegam que não existe um direcionamento formal para as suas atividades. Relacionar-se com outros

profissionais que não têm a mesma formação causa a impressão de estar sozinho e sem perspectivas de crescimento; no entanto, não é plausível aceitar que as atividades deixaram de ser realizadas por falta de supervisão, pois o enfermeiro responde por tais profissionais, mesmo sendo de outra categoria.

As atribuições realizadas em vários momentos exigem atos especializados e uma gama de conhecimentos a serem desenvolvidos. É claro que outros fatores são importantes, como a identificação com a comunidade, a vivência e a experiência pessoal, além de outros componentes.

A falta de reconhecimento dos demais integrantes da equipe causa insatisfação e frustração, que poderiam ser evitadas caso a categoria se organizasse e tivesse regulamentação.

Para os ACS's, muitos atritos que acontecem poderiam ser evitados se existisse uma organização profissional. O único profissional referido por eles foi o enfermeiro, que responde pelas ações que executam. Esta convivência poderia ser melhorada, a partir de uma comunicação mais eficaz, como fator motivador em vez de estressante em algumas situações .

Quem coloca essa posição que eu sou eu e o resto que se vire, é o próprio enfermeiro. Enc 3, P 6.

Se a enfermeira não toma postura e fala que isso não é serviço da gente, eu fico estressada. Enc 6, P 1.

Acredito que isso se deva à falta de preparo de ambos os lados, pois o conviver em um ambiente multiprofissional, sem definições claras de competências dificulta quaisquer relações, e cabe à coordenação promover e amenizar os problemas de relacionamento entre as partes.

Outros aspectos também interferem para que o ACS seja reconhecido formalmente, como, por exemplo, o desconhecimento das autoridades públicas, dos gestores, da comunidade e dos próprios ACS's.

É ,para trabalhar na vacina eu não sou profissional, para ficar no sol eu sou, lá eles não sabem que somos reconhecidos. Enc 8, P 5. *mas já*

Nós não temos um meio de divulgação, não temos legalização, nós não pertencemos a nada, mas desconto no nosso holerite, não temos respaldo ninguém. Tem que haver reconhecimento da Enc 8, P 1. *uma tem de categoria.*

Tem que ter mais interação entre os agentes, mostrar o nosso valor. Enc 8, P 1.

As vezes as pessoas reconhecem e falam do nosso trabalho, que é bom, a prevenção, e as vezes outros nem perguntam o que a gente vem fazer todo mês. Enc 8, P 8.

O sentimento demonstrado pela falta de reconhecimento profissional revela uma frustração quanto ao próprio ser agente, que em muitos momentos clama, não por melhoria salarial, mas sim por um respeito que nem sempre é expresso nas relações.

É, mas quando é para a vacina a gente nunca é lembrado (pagamento extra), a gente é analfabeto. Enc 6, P 2.

A educação dos outros membros da equipe é importante para o nosso reconhecimento, se eles não tratam bem fica difícil para nós. Enc 8, P 3.

A falta de união entre os pares é apontada também como fator ponderante no reconhecimento da classe.

Organizar-se em classe representa para o ACS uma conquista e o início de uma luta para a regulamentação profissional, por meio de cursos e capacitações.

Se os ACS's ficarem todos unidos na hora de pedir os direitos, seria mais fácil; por exemplo: não tem a classe dos enfermeiros ? Eles estão unidos.
Enc 6, P 5.

Eu acho que para ter esse tipo de organização (classe), antes tem que ter união e isso não tem, tem que se conhecer, eu acho que ainda nós não estamos preparados para este passo. Enc 6, P 1.

A falta de união causa frustração e um distanciamento vertical da independência profissional. Este distanciamento promove em alguns momentos um desencantamento com o trabalho e o PSF.

É um projeto para o futuro, é muito futurista.
Enc 6, P 2

Aquilo ali não é meu, não é seu, a qualquer momento pode ser tirado e colocado outra pessoa, eu to saindo dali, é minha enquanto eu atuo lá. Enc 6, P 1.

Desvalorizar ou mesmo não contribuir para o crescimento profissional do ACS é depor contra o próprio PSF, pois este profissional é um elo importante para a disseminação das idéias e a acolhida pela população.

O MS desenvolve em seus pólos de capacitação programas de treinamento, mas estes não conferem aos ACS's uma titulação formal, capacitando-os e autorizando-os a executarem atividades regulares ⁴⁶.

Diante desta realidade o MS descreveu o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, dando diretrizes curriculares e constituindo uma identidade profissional para este sujeito ⁴⁷.

Muitas vezes este tem que realizar atividades e não recebe informações sobre as implicações legais dos atos feitos. Esta atitude promove um questionamento sobre o fazer do ACS.

É, os outros podem fazer, eles são formados, o ACS não é; aí, quem vai responder o processo? Enc 6, P 3.

Ela me mandou verificar (enfermeira), eu respondi: mas ela é a auxiliar e se ela me dedar, eu perco todos os meus direitos; não, eu sou a enfermeira, eu estou mandando, quem responde sou eu. Enc 6, P 4.

Talvez, em alguns casos, a falta de conhecimento dos aspectos legais e éticos por parte dos demais integrantes da equipe contribua para a dificuldade do reconhecimento destes sujeitos, visto que a eles são atribuídas várias tarefas não inerentes as suas atribuições preconizadas pelo MS.

Elas inventaram o curso, como pode uma pessoa treinar a outra, se nem ela teve o treinamento? Enc 8, P 1.

Dessa forma, não só a caracterização de autonomia do ACS fica prejudicada, mas de toda a equipe. Contextualizar a profissão e dar as devidas competências trará uma segurança e conforto a estes profissionais.

6.4 Categoria 4: O ACS no Contexto das Relações Multiprofissionais

As relações entre os seres humanos têm origem nos primórdios da humanidade, e hoje esta interação é imprescindível para a convivência profissional, principalmente quando nos relacionamos com uma gama de categorias e hierarquias distintas.

Contextualizar estas relações e entender a sua importância para o alcance dos objetivos propostos por uma equipe é fundamental. A interação interpessoal

compreende uma ação complexa, pois agrega dentro de um contato ações verbais e posturais, que podem interferir diretamente na transferência da mensagem.

Criar e desenvolver um pensamento coletivo dentro do PSF é uma função que deve seguir diferentes caminhos, gerando nichos de comunicação em todas as direções.

As relações entre os membros das equipes e a Coordenação do PSF representam para os ACS's um porto seguro para o seu desempenho junto à comunidade.

A enfermeira só sai quando precisa mesmo.

Enc 5, P 11.

Muitas vezes a enfermeira fica no posto sem fazer

nada. A gente fala pra ela ir fazer visita. Enc 5, P3.

A enfermeira tem mais noção de parto, como tratar,

mesmo se tem médico particular. Enc 5, P 5.

Os modelos de gestão que valorizam e apontam o relacionamento interpessoal e multiprofissional apresentam um fortalecimento no alicerce grupal. A visão compartilhada, integridade individual e organizacional, a cultura de excelência, a cooperação, a possibilidade de crescimento pessoal passam, obrigatoriamente, pela saúde da equipe. A troca de experiências e a eliminação de valores fúteis contribuem para o fortalecimento grupal, independentemente das áreas de competências individuais ⁴⁸.

Neste município as equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro ou seis ACS's, um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário. A coordenação é exercida por três gestores, uma médica, uma enfermeira e uma pessoa indicada pela administração pública.

Diante da dimensão complexa que é gerir as estratégias do PSF é importante manter as relações estreitas e, para tanto, devem ser mantidos períodos de formalidade e informalidade no cotidiano, respeitando cada competência profissional.

Troca de experiência, isso é importante. Enc 3, P 2.

Eu acho que deveria ter um programa, partido da secretaria para todo mundo trocar experiência, não querendo saber o que um faz certo, o outro errado não, experiência boa, pra um passar para o outro. Enc 3, P 1.

Baseando-se nestes quesitos e nos relatos descritos, justifica-se a inserção desta categoria.

As relações multiprofissionais descritas representam o cotidiano vivenciado pelas equipes, envolvendo os próprios ACS's e os demais profissionais. As diferentes configurações das relações são apresentadas e discutidas caracterizando as formas da criação de vínculos entre os membros da equipe.

Para contribuir com o desenvolvimento das relações interpessoais e multiprofissionais é importante que as informações sejam passadas de forma ampla e direta, pois as pessoas tendem a assimilar o seu referencial mais próximo e nem sempre este é o mais apropriado. É importantíssimo que todos os envolvidos tenham conhecimento dos objetivos a serem atingido, das diferenças e do papel de cada um ⁴⁹.

A relação entre os pares deve ser fina e constante para que todo o processo de cuidar da comunidade transcorra de forma ideal, visto que a criação de um vínculo com a população é difícil e depende da articulação da equipe.

A hora que a pessoa entra no posto eu tenho que recebê-la bem, acho que não tem que ter diferença, tem que construir uma confiança. Enc 8, P 1.

Alguns dos aspectos citados foram: confiança, liberdade, disposição, companheirismo e parceria, dentro e fora da equipe.

Facilitar e padronizar a forma de se comunicar favorece a relação multiprofissional.

As coisas que acontecem no meu posto nós resolvemos entre a gente a equipe, ninguém interfere. Enc 7, P 6.

Lá no posto todos falam a mesma língua.

Enc 7, P 8.

*...ter uma enfermeira ou médico do lado é bom,
porque sozinha a gente não consegue fazer.*

Enc 1, P 5.

Quando você tem confiança e pega confiança na pessoa você tem liberdade de trabalhar com ela. Enc 3, P2.

Quando a pessoa confia na gente ela dá liberdade pra gente chegar, entrar, sentar, questionar, até dar uma bronca. Enc 3, P 5.

*Olha lá na minha equipe todo mundo fala a
mesma língua. Enc 6, P 1*

O relacionamento entre o ACS e a equipe do PSF é constante e contínuo e, como citado, é sustentado pela confiança entre as partes.

Um dos alicerces de sustentação da relação do ACS com a comunidade é o relacionamento dentro da equipe, que tem seus requisitos representados pela parceria, integração, lealdade, compromisso, sinceridade e envolvimento com a questão comunitária, sendo que estes pontos foram abordados pelos ACS's nos encontros realizados, apontando facilidades e dificuldades no cotidiano e na formação deste complexo atuar em comunidade.

*Se o médico tá lá e dá respaldo para a enfermeira, e
(pacientes) estão vendo que eles conversam
aí sim isso dá credibilidade. Enc 5, P 1.*

*eles
entre eles,*

*Na hora que o ginecologista está atendendo ela nem
é a gente que fica na sala. Enc 5, P 1.*

está,

Além de ser uma necessidade, o trocar experiências e vivências do cotidiano facilita o bom atendimento interno e externo, proporcionando uma interação entre as equipes. A união é citada como a base para o alcance dos objetivos.

Um falando ninguém ouve, mas todos unidos, não é possível ninguém ouvir, primeiro tem que se conhecer, se unir, pra depois poder chegar ter um objetivo comum. Enc 6 P 1.

É importante a conversa a troca de experiências, pois isso pode me ajudar, os problemas são parecidos, tem que ter integração entre nós e a comunidade. Enc 6, P 1.

É a troca de experiência porque às vezes uma coisa está acontecendo comigo você já passou por então você conseguiu resolver, que bom, então experiência pra mim, eu vou tentar que aquilo, você passa resolver. Enc. 3, P 4.

A Coordenação do PSF tem fator primordial para o alcance das metas estabelecidas no contexto, pois é o ponto de partida em direção aos objetivos.

O contexto da gestão de pessoas nas organizações passa por um preparo inicial do gestor, seja em qualquer linha de atuação social. Saber aproveitar todos os recursos dos individuais e transformá-los em ferramentas que propiciem o alcance das metas, é complexo e em alguns casos, quando não gerido adequadamente, causa conflitos

50

Relacionar-se bem e claro com as equipes é fundamental e, para tanto, as cobranças devem ser direcionadas para a qualidade do serviço e não para a quantidade, pois o receptor passa a entender que suas funções são menos nobres que os números.

Eu acho que todo mundo deveria ter o mesmo objetivo, porque a grande maioria pensa no bem estar da pessoa. O PSF tem que agir como um todo. Enc 6, P 1.

Eles não querem saber se a gente faz bem feito a VD, se a gente pudesse explicar o motivo, tudo bem, mas eles não querem saber, querem o número (quantidade de VD). Enc 7, P 1.

A importância conferida à quantidade de visitas realizadas ou não, pelos ACS's, é considerada pelos próprios como um ato de pressão, visto que na realidade a qualidade do procedimento se torna comprometida, assim uma das principais fontes de coleta de informações se desvia da realidade.

A qualidade tem sido uma busca incessante por parte das organizações, sendo elemento diferenciador no processo de atendimento às necessidades do usuário. Definir este conceito é complexo, pois envolve não somente a satisfação externa, mas de todos os envolvidos no processo. A idéia de qualidade deve envolver a todos, proporcionando um ambiente sadio individual e coletivo ⁵¹.

Este contexto descrito pelos ACS's representava a necessidade de um maior diálogo entre estes dois lados. A realidade vivenciada pelos ACS's demonstra toda a dinâmica do "Ser Agente" e do trabalho em equipe, visualizando o entendimento do que é um PSF na sua visão, visto que discordam do modelo atual que nivela o programa a uma Unidade Básica de Saúde – UBS ou um Pronto Atendimento.

O PSF não está mais caracterizado, é igual a uma UBS. Enc 1, P8.

...no bairro que tem P.S.F. tem que ter acompanhamento. Enc 5, P 6.

PSF se perdeu, não existe mais, é Pronto Atendimento, o esquema de PSF não existe, é quantidade, só isso, se depender de quantidade e qualidade... a gente sai, faz visita do mesmo jeito, tá assim agora. Enc 7, P 2.

O que acontece é que não tem mais o preventivo, fica só no pronto atendimento, tem todos os tipos de médicos no posto, não é assim. Enc 6, P 8.

Uma Unidade de Saúde da Família - USF se destina a "realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional generalista habilitada para desenvolver atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde,

características do nível primário de saúde”. Com uma área limitada de ação e abrangência ⁵².

A Unidade Básica de Saúde tem uma área de atuação maior que a USF e contém características e focos diferentes de ação. Quanto à equipe, compõe-se de médicos especialistas e enfermeiros com enfoques determinados por programas ⁵³.

Neste município existem os três modelos de assistência ainda, e em alguns casos o PSF funciona como um Pronto Atendimento, não se comprometendo com as finalidades propostas.

...o posto (PSF) não funciona como preventivo e sim como curativo, perdeu a referência dele. Enc 4, P2.

O certo era trabalhar com prevenção, só que vem daqui (Secretaria de Saúde), para trabalhar como pronto atendimento, aí que está o problema... Enc 6, P 2.

A preocupação com a manutenção do modelo de assistência planejado para o PSF é constante e referenciada pelos ACS's. O convívio de vários profissionais diferentes, mas com o mesmo intuito é difícil. A inserção de atividades correlacionadas e interligadas faz com que seja necessária uma relação estreita das partes envolvidas.

A equipe tem como ponto principal atingir a comunidade, as diferenças pessoais, de formação e capacitação dentro do programa acentuam em alguns casos de conflitos e facilidades.

Cada enfermeira tem um jeito de trabalhar e a mudança é freqüente agora deu uma aclamada, no nosso posto essa é a terceira, então a gente tem que se adaptar a cada jeito de trabalhar, ... essa que está com a gente não fez nenhuma reunião até hoje ... a gente trabalha com um olhar em cima da gente tem coisas que a gente percebe que ela não gosta, mas ela não fala. Enc 7, P 1.

é muito difícil porque tem muita coisa e não tem apoio e nem participação para fazer uma caminhada, palestra, o paciente quer passar no médico, é impossível. Enc 1, P 1.

o certo era: médica e enfermeira estarem saindo para ver a realidade da população e do trabalho. Enc 5, P 2.

Esta participação negativa dos membros da equipe referida pelos ACS's contribui para a diminuição da sensação de espírito de equipe, agindo como fator de conflito, sendo que, por outro lado, o estabelecimento de parcerias fazem o ACS sentir-se realizado em suas atividades e confere ao PSF a qualidade caracterizada por sua essência de programa comunitário e coletivo.

O entendimento das partes envolvidas sacia a necessidade de participação dos membros da ESF e está representado nos relatos dos ACS's.

*No posto que eu trabalho é diferente, quem chega lá trem
que entrar no ritmo da equipe, se não a
enfermeira já despacha, ela diz: vai trabalhar do meu
jeito ou eu não quero na equipe, do médico à
faxineira... Enc 6, P 2.*

*Quem fica no balcão tem que fazer pré e pós-
consulta, tem que entregar remédio, encaminhar, dar
todas as orientações ao paciente, ligar inalação,
atender telefone. Enc 6, P 7.*

Entretanto, percebe-se que as equipes de saúde da família são compostas em sua maioria por profissionais cuja formação não foi dirigida para este perfil, necessitando de capacitação / informações acerca desta estratégia do PSF, possibilitando a implementação correta do modelo, desde o cadastramento / mapeamento até o planejamento inicial das ações de saúde à comunidade adscrita da área de atuação da equipe.

A falta de formação e de treinamento específico para atuação no programa faz com que os componentes das equipes também se vejam desobrigados a mais preparo, causando assim o distanciamento entre o ideal e o real. A rotina da equipe junto às famílias também é facilitada quando da presença de outros profissionais, segundo os ACS's.

Eles foram, porque a médica falou, ...mas todo dia tinha que passar para ela se eles gostaram da caminhada e se não gostaram, o que eles estavam pedindo. Enc 1, P 7.

... com o enfermeiro eles vão, se abrem mais, se sentem mais seguros... é isso que a gente precisava, porque se acontecer alguma coisa com eles a preocupação é nossa. Enc 1, P 10.

O auxiliar de enfermagem foi citado, porém, como um integrante que, na maioria das vezes, transfere suas ações para o ACS, por não entender as atribuições e os objetivos, também necessitando de apoio dos outros membros, pois realiza suas ações de maneira isolada, por não ter recebido treinamento específico.

O auxiliar também caiu de pára-quedas, tem curso para médico, enfermeiro, ACS, dentistas, mas auxiliar de enfermagem nunca são convocados, elas reclamam. Enc 6, P 5.

Ela (Aux. Enf.) não sabe como é o serviço da gente, porque falando é uma coisa, ela indo ver, é outra. ... Ver, ir na casa, conversar, e avaliar, aí ela vê com outros olhos. Enc 6, P 1.

A única coisa que pesa é que nós fazemos muito serviço do auxiliar de enfermagem, como pesar criança, ligar inalação, ver as consultas, ver pressão, entregar remédio, fica difícil. Enc 6, P 4.

O Programa Saúde da Família como estratégia prioritária de mudança do modelo assistencial e reforço ao Sistema Único de Saúde – SUS visa promover a qualidade da assistência, aumentar o grau de responsabilidade técnica e gerencial e promover a equidade ⁵⁴.

Um profissional que não foi referenciado pelos ACS's foi o Odontólogo mesmo fazendo parte da equipe, pois desenvolve ações separadas e tem seu próprio auxiliar, causando uma sensação, em ambas as partes, de inexistência.

O PSF não se representa somente pela equipe formal, mas por todo um aparato de sustentação às suas ações, e estas quando não são estruturadas causam um desconforto no ACS.

Finalizando, a visão do ACS nas relações com seus pares.

Tem certos ACS's que trabalham muito pro lado humano, mas muita gente dentro do posto (PSF) não tem essa visão humana da profissão, só a visão profissional. Tudo que você cata daqui você leva lá e bate na visão profissional das pessoas. Enc 4, P 5.

...a gente tenta prevenir, é uma tentativa de prevenção, a gente tem que começar para ver se consegue.

Enc 6, P 6.

O pessoal não tem muito tempo para conversar, não está havendo uma troca de experiência, não tem tempo para isso. Enc 6, P 8.

Desta forma o ACS sente-se solitário em relação ao seu par direto. Esta solidão é em muitos casos consequência de uma falta de aproximação entre as equipes.

A visão do ACS relativa ao programa se formaliza, muitas vezes empiricamente, porém vai ao encontro dos fins. O quantitativo selecionado para a pesquisa é de 50% de ACS's que receberam algum tipo de treinamento e o restante sem nenhum tipo de treinamento ou capacitação. Treinamento e seleção.

Todo mundo tem que trabalhar em prol da comunidade para trazer coisas boas para eles, para eles também trazerem coisas boas para a gente, pra não se trabalhar tanto o curativo e mais o preventivo. Enc 6, P 1.

O Ser ACS não se concretiza por si próprio, mas por um conjunto de ações implementadas e sustentadas pela equipe multiprofissional na busca de objetivos comuns e coletivos, que visam o bem estar de uma comunidade determinada. As

características do PSF devem ser consideradas para que não ocorram desvios conceituais, distorcendo o programa. A responsabilidade não pode ser agregada ou atribuída somente a Coordenação ou as equipes, mas sim divididas em partes iguais de acordo com cada nível de competência.

O simples fato de não se aceitar ou não reconhecer que o PSF é um modelo de assistência e que seus integrantes têm responsabilidades individuais e coletivas, refletem diretamente na comunidade assistida. A descaracterização das ações e do programa constitui abnegação da autonomia não somente o ACS, mas de toda a equipe.

A interação dentro da equipe e a integração das equipes e a Coordenação formam um dos “Elos” de uma corrente que busca uma assistência de qualidade a comunidade. A criação de momentos de troca de experiências neste “Elo” formará uma aliança entre todos os membros, sem a caracterização da pressão por resultados.

O relacionamento multiprofissional é imprescindível para o sucesso da equipe, mas acima de tudo promove uma satisfação individual. Muitos dos relatos apresentam uma visão nostálgica e romântica do cuidar; assim, nas palavras do poeta Fernando Pessoa: “Tudo vale a pena, se alma não é pequena”⁵⁵. Todas as ações realizadas são importantes, mas a satisfação e ser reconhecido pelos seus é mais importante. É importante ressaltar que a relação multiprofissional é a ponte entre a equipe ao alcance das metas, ignorar este caminho corresponde a sacrificar todo um esforço investido no sistema.

Identificar as áreas de conflitos e saná-los é responsabilidade não somente da Coordenação ou do Gestor do PSF, mas de todos os envolvidos no contexto.

6.5 Categoria 5: O relacionamento do ACS com a comunidade

Com a implantação do PACS e do PSF e conseqüente a inserção do ACS na equipe de saúde a família passou a ser o foco central dos programas do MS².

Com o advento do PSF, as diretrizes e princípios do SUS se fortaleceram, dada a maior participação da população junto aos serviços de oferecidos⁴¹.

O Art 196 da Constituição Brasileira deixa claro que o Estado tem o dever de prestar uma assistência de saúde qualidade a todos, respeitando as individualidades, sem preconceitos e com humanização⁵⁶.

A relação entre os níveis de governo deve partir destes princípios, facilitando e proporcionando um atendimento voltado à comunidade e seguindo todas as estratégias da atenção básica a saúde. Uma das ferramentas para o alcance desta metas como já foi citado por inúmeras vezes é o ACS e o seu envolvimento com a comunidade.

O relacionamento do ACS com a comunidade representa a criação de uma via de mão dupla entre o PSF e a população, este vínculo representará os sucessos e insucessos da equipe local. A inserção do ACS dentro da residência do usuário representa a aceitação de um estranho que poderá interferir na vida cotidiana da família, construindo e modificando a sua realidade.

Entender que este profissional faz parte do contexto da comunidade é aceitar que ele abre as portas para que o usuário venha até a USF, sendo que este universo relacional ressalta a dinâmica empregada nas interações entre o ACS e as famílias assistidas. O ACS passa a exercer uma função social que abre fronteiras e transforma o modelo de assistência reconhecido anteriormente pelos usuários, sendo inevitável a entrada no mundo familiar; portanto, o profissional passa a conviver com os sentimentos e as realidades da comunidade⁵⁷⁻⁵⁸.

As ações de atenção básicas preconizadas pelo MS têm por objetivo a educação para prevenção e manutenção do processo saúde-doença da comunidade, e a aceitação do ACS pela família constitui a parceria que levará ao alcance das metas. Como já citamos a relação interpessoal é importante para o sucesso de qualquer ação, e quando nos referimos à relação profissional que agrega uma invasão na intimidade da família por um estranho é necessário utilizar-se de ferramentas mais humanas que técnicas.

Muitas vezes quando falamos em assistência em saúde pública ou de programas voltados à população em geral, as imagens que aparecem são de filas, desrespeito, e falta de humanização, poucas são as de qualidade e bom desempenho. Ações de visem à humanização da assistência a saúde da população devem estar inseridas nas reflexões de todos os envolvidos. O atendimento humanizado é um direito do cidadão descrito na Constituição de 1988⁵⁶⁻⁵⁹.

Humanizar é atender o paciente de forma ímpar e com responsabilidade, visando satisfazer as suas necessidades, respeitando sua autonomia e um dos fatores para facilitar a relação entre a comunidade e as equipes é a atuação do ACS, principalmente quando faz parte da localidade. Mas, como nem sempre é assim, é

preciso que seja dinâmico, comunicativo, cativante e, acima de tudo, sincero nas suas ações, além de se comprometer com a família. É claro que todos esses requisitos também devem estar presentes nos membros da comunidade, pois também é evidente que não basta ser morador da localidade para ser atuante e aceito pela mesma.

Os participantes do GF fazem parte de comunidades que têm muitos pontos em comum, e nem todos os ACS's são moradores locais. Alguns pertencem a regiões assistidas por outras equipes e não querem trabalhar próximo à residência, para evitarem a invasão de privacidade.

Às vezes vê a gente parar um minuto na padaria e diz
que serviço bom, queria um desses para mim.

Enc 8, P 1.

Por situações como esta o ACS muitas vezes prefere trabalhar em outras localidades, evitando assim comentários sobre a sua vida privada.

6.5.1 O ACS e a Comunidade

Agente significa: pessoa que age, produz alguma ação, ser encarregado, ser responsável por atos quer de modo curativo quer de modo mórbido; Comunitário: processo de formação dos povos, em que domina o sentimento de comunidade; Saúde: bom estado do indivíduo orgânico, físico e mental, em situação normal⁹.

Assim, este profissional atua no processo de implementação de ações para a população, visando-lhe o bem estar.

Quanto aos significados de comunidade, população e usuário, temos: Comunidade: sociedade de pessoas que vivem agrupadas no lugar que habitam em comum; População: totalidade de indivíduos que habitam uma localidade; Usuário: aquele que, por direito de uso, frui as utilidades da coisa⁹.

Sendo assim, o conjunto das três palavras implica pessoas que habitam uma localidade e têm o direito de utilizar o que lhes é oferecido.

Entendemos que o ACS é um indivíduo que tem por objetivo servir a um grupo de pessoas que estão dentro de uma área descrita, e tem o direito de serem assistidas com qualidade.

Dentre as atribuições exercidas uma das mais importantes é a VD, pois caracteriza a ligação entre a equipe e a comunidade e, nesta ação, o profissional exerce uma função de investigador e mensageiro do programa. Para tanto, deve participar dos eventos ocorridos com a família sem agredir as individualidades dos seus membros.

*A orientação do paciente serve para tudo,
perguntar sobre a alimentação, perguntar sobre
sedentarismo, se ela é orientada ou não, você
analisa a receita, mostra os medicamentos sem
mostrar a receita para confirmar. Enc 6, P 4.*

É na VD que o ACS interage com a família e o usuário e esta relação deve ser pautada primeiramente pela confiança mútua.

Um outro aspecto inerente a ser citado é a postura ética e a imparcialidade durante a VD.

*Nós temos que ter sigilo de uma família para outra,
gente não pode contar de uma família para a outra
Enc 4, P 8.* *a
diferente.*

A ligação entre estas duas partes em algumas circunstâncias se torna tão forte que passa a existir uma cobrança e um controle mútuo, pois o usuário torna-se parte do profissional e este parte da família.

Esta relação se estreita durante o convívio cotidiano, ao ponto de ser cobrada a VD por parte do usuário e, de outro lado, a aquisição de vícios e manias das famílias.

*... fiquei um mês na recepção, chegava os pacientes e diziam: você não veio
mais na minha casa, por que isso, por que aquilo... Enc 3, P 4.*

A gente pega até os vícios da família. Enc 3, P 2.

A aproximação, em alguns casos pode até causar sentimentos de dor e sofrimento para o ACS, pois o envolvimento vai além da função profissional.

*...tem dia que a gente sai atormentada da casa, muito tensa
precisa de uma massagista também. Enc 3, P 2.*

*...quando eu entrei pra ser agente comunitário, nossa eu quase
fiquei em depressão mesmo, pergunta para as meninas. Eu ia a
casa, o pessoal falava assim – ai eu tô com isso... Às vezes
eu tava com dor de cabeça, eu pensava que eu tava
com doença também (risos), que estava também com
aquilo, entendeu? Enc 3, P 4.*

Para algumas pessoas entender que estes sentimentos não passam de um acaso, mas vão mais fundo, pois representam respeito por uma história que nem sempre é visualizada por algumas pessoas que agem o tempo todo como profissionais.

Outras ocorrências a serem levadas em conta são os valores e crenças que a comunidade expressa e que devem ser respeitados e tratados com sutileza para não afastar a confiança na equipe; podemos citar o mecanismo de troca e a credibilidade ofertada a outros profissionais.

*Mas o povo só atende se você der alguma coisa em
troca. Enc 1, P 4.*

*A enfermeira dava um enxoval, mas ela só dava se ia fazer o
pré-natal. Enc 5, P 4.*

*Eles vão ao farmacêutico, tem uma confiança muito grande no
farmacêutico. Enc 3, P 1.*

Estes entraves podem ser usados como mecanismos de estimulação e participação, desde que utilizados com moderação, visto que o contato com a comunidade é constante e intenso. O fato de usar mecanismos de troca não causa prejuízos, se usados com restrição, e o contato com os outros personagens da comunidade, como farmacêuticos, pastores, padres, benzedeiros e pais de santo são úteis para a equipe.

A confiança e credibilidade transmitida causam na população uma mudança de atitude, pois ela reconhece que quem está passando em sua residência se importa com a sua saúde, não é uma mera visita para coleta de assinatura.

Veja, eu tinha um velhinho que era hipertenso e não ia ao médico, a PA sempre alta 23 x 14, nunca foi e não dava liberdade para eu entrar e falar. Eu fui indo com jeitinho, fazendo uma brincadeira e até que eu consegui, um dia eu o vi não fila. Fiquei muito contente. Enc 3, P 11.

Eu percebo que consegui, quando consigo levar um hipertenso que não faz tratamento, há um ano e meio no posto, e ele passa a seguir o tratamento direito. Aí meu serviço tá valendo a pena. Enc 8, P 2.

Esta maneira de abordar o usuário demonstra o carinho que o ACS tem pelos membros das famílias da sua micro-área. A maneira com que o ACS se envolve com suas atividades transforma as pessoas e conseqüentemente os resultados obtidos, além da satisfação do profissional, atingindo o objetivo principal da sua função. O convívio com a comunidade é árduo e exige muito empenho e conhecimento do local de atuação.

Tem que trabalha,r pegar firme trabalhando, falando, até conseguir. Enc 3, P 2.

Você tem que ter vontade de fazer visita. Enc 5, P 5.

Mas tem micro-área que é bem diferente você vai ver, tem diferença e é grande, ...mas cada área tem um perfil muito diferente da outra. Enc 3, P2.

Mesmo a VD sendo um trabalho de campo, em nenhum dos relatos foi citado desagrado em realizá-la, demonstrando que o profissional tem conhecimento da sua importância.

Uma das dificuldades encontradas é que em algumas propagandas vinculadas aos meios de comunicação, no início da implantação do PSF, causaram confusão no entendimento real da função da equipe, como exemplo, denominar o programa de Médico de Família; além de descaracterizar o modelo que é baseado em uma conjunção multiprofissional, ainda emite a sensação de que o médico irá até a residência da família.

É só que foi passado diferente para eles, é médico de família e aí vai a gente, tem que deixar claro, que não é médico da família e sim PSF. Enc 7, P 1.

Quem comanda tem que esclarecer mais o que é o PSF. Falta divulgação. Enc 7, P 1.

O reconhecimento e valorização dos profissionais que atuam nas USF's e, principalmente, do ACS, pela comunidade, é importante. O entendimento real das funções destes profissionais foi abordado em encontros do GF, pois alguns usuários ainda não as conhecem.

Têm pacientes que acham que tudo é a gente que resolve, por exemplo, querem que a gente leve o remédio em suas casas, não é assim. Enc 8, P 4.

A população às vezes acha que nós estamos ali para levar as coisas para eles, não sabem qual a nossa função. Enc 8, P 5.

A nossa função é levar mesmo, só que é levar a saúde para eles e não outras coisas. Enc 8, P 5.

A gente não tá ali para saber da vida dele, a particular, a gente quer saber como eles estão, a saúde. Enc 8, P 3.

Por outro lado existem pessoas que reconhecem e dão muita importância as ações destes profissionais.

Tem pessoas que agradecem quando conseguimos resolver, agora tem uns que não estão nem aí.

Enc 8, P 1.

Ela reconhece que eu sou importante, porque quando eu passo, ela fica atenta às informações, e quando eu não passo ela vai me chamar para conversar.

Enc 8, P 5.

Ele confia em mim, no que eu falo para ele, é importante isso, daí tem o agradecimento. *Enc 8, P 1.*

Receber elogios e ser cobrado pela comunidade, e a sensação de ser considerado importante representam um estímulo para continuar a exercer suas atividades. O envolvimento durante a VD é a via de transferência de informações e fortalecimento do vínculo do ACS com a família.

É uma troca de informação a visita, quanto tem o vínculo. Enc 8, P 5.

Tem a relação de confiança com a pessoa, tem que passar uma imagem de atenção. Enc 8, P 1.

Tem que ter certeza no que vai falar, mostrar interesse, isso fortalece este vínculo, tem que ser interessado no que o outro quer. Enc 8, P 1.

A confiança e a atenção são citadas como pontos a serem observados no relacionamento entre as partes, o cativar está expresso como fator facilitador em todo o esse processo. O usuário não pode ser encarado somente como um número ou uma estatística; quando isso ocorre, a quebra é inevitável.

Tem que saber explicar, às vezes ele tem dificuldade, não se pode tratar somente como uma estatística, um número. Enc 8, P 1.

Você tem que saber lidar com as pessoas, saber falar, a pessoa percebe que estamos com vontade. Enc 8, P 3.

Você cativar uma pessoa é complicado. Enc 8, P 2.

A empatia e a simpatia devem ser constantes em todo o processo do cuidar, facilitando o envolvimento.

Alguns ACS's não trabalham nas áreas em que residem, o controle de suas vidas privadas é constante, pois o envolvimento com a comunidade é intenso; às vezes deixam de ser vistos como pessoas comuns.

Então, às vezes eles veem a gente como se fosse um E.T. Para eles a gente tem que ser pessoas que não fazem nada e não vai para lugar nenhum se faz alguma coisa errada. Enc 4, P 4.

Eu moro na rua há 16 anos nunca ninguém me cumprimentou, depois que passei a ser agente sempre tem alguém me cumprimentando, e quando existe um interesse eles mudam com a gente.

Enc 8, P 6.

Tem pessoas que não entendem que temos coisas para fazer como qualquer pessoa normal.

Enc 8, P 6.

Estas situações não são pouco comuns no cotidiano e também significam o reconhecimento social do profissional, e de certa forma dão satisfação a ele.

Esta categoria demonstra a importância do vínculo entre a comunidade e o ACS, e com a sua quebra o PSF e seus objetivos não se concretizarão.

A coordenação deve ter a consciência que a comunidade assistida não deve ser encarada somente como um número ou uma estatística, mas como usuários de um programa público que tem bases conceituais fundamentadas na Atenção Básica a Saúde.

Cuidar do próximo por meio de programas públicos deve ser encarado com responsabilidade, buscando a excelência no atendimento humanizado constante.

6.6 Categoria 6: A Autonomia do ACS

Iniciei este trabalho objetivando compreender como os ACS's entendiam a caracterização da autonomia, visto que atuavam nos domicílios das famílias sem supervisão direta; porém, durante os encontros percebi que a necessidade não era somente a minha, mas sim a de um grupo de pessoas que têm angústias sobre o seu existir.

Em todos os encontros do GF busquei a minha meta, mas não pude deixar de ouvir e entender as necessidades dos pesquisados. Necessidades que também se caracterizavam com o tema do trabalho, em forma de euforia, frustração, alegrias e nostalgias, enfim, um buraco raso e profundo, escuro e claro, com e sem gosto, mas sempre consciente do que eram e da sua importância para comunidade e para o PSF.

Autonomia foi um termo várias vezes definido e redefinido, construído e reconstruído, para uma população ainda não familiarizada com este conceito.

Logo no processo de seleção tive consciência que os ACS's seriam uma população muito especial, pois, como já citado, entre eles existiam várias pessoas com qualificação superior à exigida pelo MS, o que me causou aflição, principalmente quando avalei as respostas do questionário seletivo.

Mas ao mesmo tempo me deu muito orgulho em trabalhar com este público, e tinha certeza das surpresas que viriam.

No grupo existiam pessoas que se equivaliam em nível escolar, idade, cultura, padrão social; o tempo de trabalho no projeto também era uniforme, sem grandes diferenças, metade deles tinha algum tipo de capacitação.

Autonomia foi encarada como uma ação que nem sempre era real e, em alguns momentos, por causa da interferência de outros profissionais, que também tinham dificuldade de definir o que era autonomia.

6.6.1 O conceito

Esta categoria se formou com base nos relatos das atividades desenvolvidas pelos ACS's dentro das equipes. Foi abordada em diversas situações, mas em um determinado momento se fez necessária a busca da temática, isoladamente, sem desvincular do todo.

Os ACS's consideram várias ações como autônomas e outras como uma autonomia compartilhada, enfocando sempre a equipe como alicerce de toda a situação, seja isoladamente ou em grupo.

Muitas foram as colocações, e a interação entre eles era constante, mesmo quando as opiniões eram divergentes.

Autonomia significa: governar-se por si mesmo, liberdade que o homem tem para escolher suas condutas ⁹.

Não podemos nos esquecer que qualquer definição usada deve ir ao encontro dos Princípios e Diretrizes do SUS, visto que as políticas de saúde seguem a legislação vigente ⁴¹.

As palavras mais ligadas à autonomia que foram expressas tinham uma lógica organizada e fluíram naturalmente: liberdade, direito, limite e independência são algumas das situações que caracterizam pensamentos deles sobre autonomia.

*Olha, eu li e não sabia o que era autonomia, é mais ou
menos liberdade de ação, sabendo o que está
fazendo. Enc 2, P 4.*

*o que a gente pode fazer dentro da administração. ... tem
que ter certa liberdade, para fazer o serviço, não precisa a
pessoa ficar junto. Enc 2, P 8.*

*você pratica o que você acha, o que é certo e não
atrapalha o direito de outras pessoas. ... é a certeza
do que você vai fazer e dentro dos limites.*

Enc 2, P 9.

*tenho direito de escolher... dentro do meu poder
querendo fazer tal coisa ou não... Enc 2, P 5.*

*é ser responsável por uma atividade e ter um bom
senso na hora de exercer ela, independente do local.*

Enc 2, P 7.

Para ser autônomo temos que ter esses requisitos, autonomia não é necessariamente ter autoridade, mas sim exercer esta autoridade com justiça, respeitando os direitos dos outros; quando estamos inseridos em equipes multiprofissionais, é necessário ter limites claros nesse contexto.

Para desempenhar a autonomia no cotidiano o indivíduo deve estar preparado e instrumentalizado pelo grupo, pois ser autônomo depende de apoio e da liberdade para agir.

*...depende do local que você tá, e o que você está
fazendo. Então tem restrições... Enc 2, P 3.*

*autonomia dentro da gente mesmo, dentro do
grupo, ela pode dar condições, unindo a gente,
solucionar alguns problemas do PSF. Enc 2, P 8.*

*é a certeza daquilo que se vai fazer desde que seja
correto. Enc 2, P 10.*

*nem tudo que é correto para ela é certo pra mim...
Enc 2, P 6.*

*...ter liberdade de agir, e a responsabilidade do que
esta fazendo... Enc 2, P 3.*

você

A importância dada à relação entre os membros da equipe é constante na construção do conceito, visto que a preocupação em fazer o que é certo perante o colega é expressa por várias vezes, e o agir com liberdade e responsabilidade se caracteriza como sustentação desta ação.

A aceitação das ações educativas desempenhadas pelos ACS's na comunidade é um dos pontos mensurados e sustentados por resultados expressos em pesquisas realizadas nas áreas de cobertura das ESF⁶⁰.

O conhecimento também é colocado como fundamental para as ações autônomas, mas de uma forma que lhes confere autoridade para executar tarefas cotidianas. A experiência e a vivência contribuem nesta relação de saber empírico e conhecimento formal.

*... saber corretamente como está tratando a
situação, e ter o conhecimento para tratar,
aí você tem autoridade... a certeza do que você está
falando. Enc 3, P 2.*

*...você tem conhecimento e sabe que está fazendo,
está tendo uma autoridade. ... agir dentro da
que é especificada. Enc 3, P 2.*

*Se alguém passa esse conhecimento para você no
a-dia, você vai adquirindo experiência
Você conseguindo experiência no dia-a-
tem autonomia total para desenvolver.
Enc 3, P 2.*

*...muitas vezes o que a gente passa é meio pessoal
gente, nossa experiência dia-a-dia, ou um
comparativo de um paciente com outro. Enc 3, P9.*

A busca pelo conceito cada vez se misturava mais com o ACS e a sua própria história, e assim comecei a compreender que a autonomia, para eles, era específica e inseparável do cotidiano.

Por vezes o modelo de assistência que o gestor desenvolve no município desagrega do profissional as ações autônomas, que poderiam ser realizadas no seu cotidiano e não o são, por barreiras administrativas. É importante ressaltar que a interação entre ambas as partes contribui para o alcance das metas preconizadas pelo PSF ⁶¹.

Cada ação formal ou não se caracterizava por uma maneira especial de agir e cuidar do usuário do programa. Como já foi citado em outras categorias, a necessidade de fazer com carinho e ser cativante é importante, e nas definições de autonomia não se observa a humanização e a relação interpessoal, o que deve ser fundamental para uma nova estruturação do conceito.

Eu gosto muito do que eu faço no começo eu ficava deprimida, agora não, a gente começa a destrinchar mais o problema, ver que é uma coisa que você pode ajudar, às vezes até encaminhar. Enc 6, P 1.

Dentro de mim ao mesmo tempo foi criando um sentimento de pena, mas de querer ajudar, da maneira melhor, da minha maneira, então é individual sabe. Enc 6, P 1.

Este querer fazer e buscar concretizações caracteriza uma ação autônoma e humanizada, pois o lidar simplesmente com mais um caso não se evidencia na fala. Sendo assim, o ato humano é motivador da atividade.

Podemos citar também que o ACS tem consciência de que a ação autônoma deve ser dentro de padrões de competência técnica, e não simplesmente uma atividade aleatória.

Autonomia é assim: eu vou trabalhar dentro do que eu posso, dentro do que é permitido, como que eu exercer a autonomia dentro do que não é a função, ... eu posso até fazer, mas foge da realidade, do meu padrão. Enc 6, P 9.

*eu
vou
minha
minha*

*Às vezes a gente pensa: tô ajudando para não ter
mas é preferível esperar do que fazer uma
errada, eu tenho muito medo de colocar a
outro em risco. Enc 6, P 11.*

*fila,
coisa
vida do*

*...porque depende do que ele for orientar não é
profissionalismo dele, do Agente Comunitário, é de
outro assistente. Enc 5, P 4.*

Os ACS's desenvolvem atividades que nem sempre são as atribuições determinadas pelo MS, e em algumas situações há desacordo com a sua competência técnica. O entendimento e a negativa frente a algumas determinações de seus superiores também caracterizam autonomia, principalmente quando aliada à justificativa legal. Tais ocorrências se devem por vezes à falta de formação e capacitação dos recursos humanos, desde a estruturação do serviço, que passa pelo gestor, até a sua ponta, que é o ACS. As legalizações dos procedimentos destes profissionais no exercício de suas atividades é fruto de uma formação deficiente⁶². Dessa forma existem situações em que a hierarquia se impõe e, por falta de conhecimento ou medo de perder o emprego, o ACS acaba realizando tarefas não lhes permitida pela legislação.

*O que a enfermeira falou eu vou fazer... acima de
é ela. Enc 1, P 1.*

mim

*É, mais numa dessa ela pode pensar que é má
vontade sua e daí? Você perde o emprego.
Enc 6, P 10.*

*Como eu, por exemplo, eu verifico pressão, faço
dextro, aplico insulina, a enfermeira chega e fala:
verifica pressão... ela pode fazer isso. Enc 6, P 4.*

Fica, então, caracterizado um abuso de autoridade por parte dos profissionais parceiros, algumas vezes representando infrações éticas. O ACS tem conhecimento

de tais infrações, mas mesmo assim as realiza, acatando as solicitações da supervisão.

Ocorre também apoio e orientação ao ACS para a não execução de tais tarefas, o que dá sustentação à construção da autonomia por este profissional, que ainda não tem seus limites profissionais determinados pela legislação, cabendo aos responsáveis pelo PSF seguir padrões de competência técnica na hora de delegar as atividades.

*Eu tive uma experiência, eu tinha seis meses de PSF a
enfermeira ensinou tudo pra mim, eu não sabia o que
podia e não podia, ... certo dia a coordenação
perguntou para mim e uma outra quem disse para
fazer isso: eu respondi: a enfermeira. Ai ela
questionou a enfermeira do que eu podia e não
podia fazer, a partir daí eu nunca mais fiz.*

Enc 6, P 10.

*A coordenação disse se você fizer, vai ser mandada
embora por justa causa. Enc 6, P 10.*

*Na nossa situação a gente não tem autonomia para
decidir. Enc 7, P 1.*

Ou você faz ou você faz. Enc 7, P 2.

A coordenação do PSF tem a obrigação de suprir as deficiências e orientar todos os componentes das equipes, para que estes desvios não ocorram e comprometam todo o sistema de atenção básica.

Outro ponto que devemos analisar é a participação positiva dos demais componentes na construção da autonomia compartilhada que os ACS's relatam, quando citam que os demais parceiros dão apoio as suas ações e as complementam.

quando a enfermeira está presente e o paciente vem perguntar pra mim, eles acham que a gente sabe muito também. Tem coisa que eu sei, tem coisa que não, aí a enfermeira tá perto e eu pergunto, tem que ser humilde também. E ela disse que está correto, é importante isso. Enc 4, P 1.

Acho que tudo que acontece tem que ser passado para a enfermeira, e ali dentro do posto a gente tem que ter autonomia pra visita, pra produção, mas tirando dali, a enfermeira que tem que tomar as decisões, a nossa autonomia é falar com ela, e ela orienta e resolve. Enc 7, P 10.

É, do mesmo jeito que ela tem autonomia de chamar a gente na sala dela, nós também chamamos ela, o médico seja quem for da equipe na nossa sala, para falar. Enc 7, P 3.

Esta relação fortalece a confiança do ACS e facilita o desenvolvimento de um pensamento coletivo e, conseqüentemente, a autonomia da equipe, respeitando as competências de cada profissão.

A complexidade desta categoria se deve ao difícil entendimento de autonomia por vários profissionais; para o ACS esta análise foi realizada tomando por base as atribuições e atividades exercidas por eles.

Depois de muitos debates conseguimos formular alguns parâmetros sobre este conceito, com base nos relatos já mencionados.

Autonomia: é a certeza daquilo que se vai fazer que esteja correto, dentro dos limites de cada um (sempre o que é correto é certo). Enc 3, P 6.

Autonomia: Liberdade de agir dentro do que você pensa que é correto (cada micro-área é uma história). Enc 3, P 4.

Autonomia: Liberdade de agir com responsabilidade que faz. Enc 3, P 5. *no*

Autonomia: Iniciativa para organizar eventos. Enc 3, P 8.

Vale repetir que a autonomia para os ACS's tem uma relação estreita com: certeza, limites, liberdade e agir. A idéia principal se desenhava de forma natural e consciente, construída a partir de informações advindas de cada ação realizada e como é encarada por cada um.

O resultado foi expresso ao final do encontro.

Autonomia: É a liberdade de agir com certas restrições e responsabilidade sobre o que fazemos mediante a experiência e a vivência. Enc 3, todos.

Este condensado de informações nos levou a este conceito complexo, que foi expresso por pessoas que mostraram consciência da sua função profissional e sua responsabilidade social.

Não podemos mais encarar este profissional somente como mais um dentro de uma equipe, devemos sim proporcionar meios para que possa se capacitar, favorecendo o crescimento individual e em grupo, para cumprir as diretrizes do PSF.

O MS tem que repensar o contexto deste profissional, regulamentando o exercício profissional, e conjuntamente elaborando cursos de formação, não apenas capacitações em seus pólos, pois os mesmos não dão segurança e nem certificação técnica.

Acredito que as demandas assistenciais realizadas por estes personagens já requerem um curso formal médio com grade curricular; em hipótese alguma estou sugerindo a ressuscitação dos atendentes de enfermagem, mas sim um curso de

nível médio que possibilite condições para aquisição e construção da autonomia no exercício cotidiano, contando com respaldo legal para suas ações.

6.7 Categoria: O Elo Perdido

Minha peregrinação iniciou-se aproximadamente cinco meses antes quando realizei reuniões com a coordenação e alguns membros das equipes, só então comecei as entrevistas seletivas para constituir o GF.

Foram nove encontros e cada um com sua particularidade, enfocando o PSF, relacionamento multiprofissional, atribuições, atividades, capacitação, contratações, competências e qualidade, sempre buscando o conceito de autonomia e o seu entendimento pelos ACS's.

Em alguns encontros, eu e a observadora notamos certo cansaço entre eles, mas a vontade de conquistar o objetivo já não era mais só minha e sim de todo o grupo.

Trabalhar com o GF proporciona oportunidades incríveis, como entender o contexto diário, pois todos apresentam seus pontos de vista e discutem de forma profunda cada temática. Os achados podem surpreender o pesquisador, pois se afloram de maneira inesperada, proporcionando a visualização sob um outro ângulo, o ângulo do pesquisado.

Os mais escondidos sentimentos podem emergir, caso do “Elo Perdido”, que partiu da integrante P1, quando falávamos das dificuldades encontradas, e que acabou por se constituir em uma categoria.

Revelava-se a frustração vivida, sentimento que ficou evidente, expresso com força e convicção. Força que representava a vontade de querer fazer mais e melhor, e a convicção de que as coisas não poderiam acontecer, simplesmente.

Cada vez mais o “Elo Perdido” se caracterizava como frustração, em muitos relatos, confundindo-se com a temática central, pois caracterizar o conceito de autonomia passava pela compreensão do significado do “Elo Perdido”.

Também vivi esse sentimento e, junto à observadora, foi buscado o significado da simbologia; concordamos que o sentimento era muito profundo e deveria ser explorado.

Esta categoria será pautada pelos relatos em que os ACS's apresentaram suas frustrações com a estrutura do PSF e sua inserção neste contexto; procurei

relacionar cada atitude que caracterizava o envolvimento com a busca do conceito central.

6.7.1 O “Elo Perdido”

Primeiramente cabe comentar que o “Elo Perdido” era uma série de televisão, na qual uma família passeava em pequeno barco pelo Rio Amazonas, quando foi engolida por um enorme rodamoinho, caindo em um mundo totalmente diferente do que eles conheciam.

Para ter certeza de que este termo era referente ao seriado de televisão, pedi para que a participante me esclarecesse.

O relato foi direto e objetivo, não cabendo contestação pelos demais participantes.

É, às vezes eu me sinto como se estivesse em um “Elo Perdido”, como naquele filme que a família cai em um redemoinho e vai parar em outro mundo, que nada a ver. Enc 4, P 1. *“Elo em não tem*

Este relato causou um silêncio, e todos se olharam. A falta de participação e envolvimento de todos no PSF foi uma das respostas. Expressar este sentimento e fazer esta analogia entre coisas tão diferentes foi importante, pois a caracterização se justificou com os seguintes relatos.

a gente deveria dar um acolhimento maior para o posto, entendeu, atender bem, quando ele falar, parar e escutar. Enc 4, P 1.

A gente faz uma vida para trazer a pessoa, daí não resolve nada, aí tem que explicar para a pessoa, isso que é complicado, eu acho que é aí o Elo Perdido. ... nem todo mundo fala a mesma língua, falta participação, envolvimento. Enc 6, P 1. *se é*

A gente, apesar de não saber, temos interesse, mas não são todos que têm o mesmo interesse.

Enc 8, P 7.

A falta de envolvimento e participação dos demais membros da equipe caracterizava para o grupo de profissionais a dificuldade de lutar em defesa da população. O espírito de equipe foi relatado também como ponto de sustentação e envolvimento na assistência, e sua falta representa obstáculo para abrir caminho junto à comunidade.

*Aonde termina o meu, começa o da enfermeira,
aonde termina o dela, começa o do médico, tem que
ter essa divisão, o elo tá ali, tem que dar
continuidade. Falta interação entre todos. Enc 5, P 1*

Falta espírito de equipe, aí é a chave, se falta isso falta tudo. Enc 6, P 1.

*Na minha equipe a enfermeira já vem falando:
ligaram lá de cima dando prensa em mim, querendo
saber por que vocês não fizeram todas as visitas do
mês. ... Se é uma equipe, ela teria que ter
argumentos para falar... Enc 7, P 5.*

Proporcionar um ambiente saudável e confortável para se trabalhar, facilita a satisfação e o alcance do espírito de equipe, através de um bom relacionamento entre as partes envolvidas. A equipe é formada desde o processo de seleção, treinamento e educação permanente, supervisionado por todos, desde a Coordenação até a equipe de PSF ⁶³.

Os demais ACS's manifestaram as suas frustrações com o sistema implementado e em vigor, visto que alguns ouviram comentários de como era o programa quando foi implantado no município.

Fiz parte do PSF logo na sua implantação neste município, a Coordenação à época tinha uma visão diferente da atual; faltava estrutura física, porém todos tinham

conhecimento do que era o programa. Hoje existem alguns ACS's daquela época e a comparação com o momento atual é inevitável.

Eu tô aqui há um ano, mas pelo que eles falam tá bem fora do que deveria ser. Enc 6, P 3.

O PSF não é assim, porque que não funciona, porque se coloca esse tipo de pessoa que não tem noção de como funciona. Enc 6, P 1.

Hoje o PSF atende como um pronto socorro, uma unidade básica, não tem mais organização, ninguém sabe como funciona. Enc 6, P 5.

Cada uma (enfermeira) interpreta de um jeito, o PSF tem uma linha. Enc 7, P 1.

Esta perda de identidade do PSF contribuiu para a sensação de impotência frente a si próprios e aos outros participantes do programa, não levando em conta a necessidade de valorização individual e coletiva.

A valorização pessoal e coletiva passa pela identificação da Instituição (no caso do PSF é pública), valorização institucional que tem suas origens no século XIX com o desenvolvimento industrial; hoje, porém as organizações buscam uma relação mais próxima com os seus colaboradores deixando claro quais os objetivos, a missão e a visão das instituições⁶⁴.

Esta prática, quando não desenvolvida pelos gestores, causa a perda de identidade não só do PSF, mas de todos os envolvidos, sejam eles antigos ou recém contratados.

Valorizar-se e ser valorizado como profissional é muito importante para o ACS sentir-se importante dentro do sistema.

A qualidade do nosso serviço não é melhor, porque não tem reconhecimento da chefia, alguém tem que levantar uma bandeira do ACS. Enc 8, P 1.

Tem gente que acha que somos garotos de recado, e não é assim. Enc 8, P 6.

Às vezes até membros da equipe acham que somos garotos de recado, não sabem a nossa função. Enc 8, P 7.

A trajetória da equipe de Saúde da Família para atender as necessidades de saúde da comunidade deve nortear o PSF; assim, todos os envolvidos se sentiriam realizados como pessoas e profissionais.

A parceria tem que ser de todos, a coordenação, ACS's, todos, não ser colocado alguém só para tampar buraco. Enc 8, P 2.

Ao perguntar como se sentia, diante disto, a resposta foi:

Incapaz. Enc 1, P 1.

A equipe representa, para o ACS, um porto seguro, devendo ser acolhedora, proporcionando um retorno a seus questionamentos. As relações entre comunidade, ACS e equipe alicerçam a atenção básica à população.

A prioridade da gente seria a visita, pra estar mais em contato com a família com a comunidade, pra ter mais este Elo mesmo. O Elo é ir, ver, e tentar solucionar, só que à hora que volta para você, volta sem resposta. Enc 6, P 1.

É que eles não querem solucionar, ai que entra o problema. Enc 6, P 6.

Ter voz e ter para quem falar também se faz necessário e é importante para os ACS's; o desabafo destas angústias contidas nesta categoria se fez por si.

Tá vendo quanta coisa você está ouvindo, porque ninguém nos ouve, é isso que falta; para ter o elo, primeiro tem que ter entre a gente. Enc 6, P 1.

Um ponto forte deste “Elo Perdido” foi a falta de conhecimento dos demais membros da equipe sobre o que é um PSF; um exemplo citado é a falta de treinamento e apresentação das estratégias do programa, visto que muitos nunca tiveram experiências na área de saúde pública. Enquanto o ACS é em alguns momentos treinado, os demais não. Entender o programa constitui se encontrar neste “Elo”.

Tem a auxiliar de enfermagem do meu posto, ela tem outra visão, eu tô levando ela pra ver como é. Enc 6, P 1

A gente já tá lá há mais tempo, nós conhecemos como funciona, é diferente de um hospital. Enc 6, P 3.

Algumas auxiliares de enfermagem têm uma noção muito clínica, elas trabalham em hospital dão plantão, é diferente. Enc 6, P 2.

A educação permanente constitui um desafio que o gestor do PSF tem que encarar, pois a maioria dos profissionais da área de saúde recebem em seus cursos de graduação uma formação tecnicista, pautada por bases curativas, e o agir dentro do PSF demanda uma visão preventiva.

Educação Permanente é uma estratégia que proporciona a capacitação dos profissionais dentro do local de trabalho, visando o alcance do aprender e do saber agir diante das situações emergentes do dia-a-dia ⁴².

O sentimento de perda também se confunde com este “Elo”, a perda do vínculo com a comunidade traz ao ACS tristeza, duas ACS's estavam sendo transferidas da área em que atuavam e o medo ao pensar que os seus pacientes não teriam a assistência adequada causava sofrimento.

Nós estamos preparando a festa de despedida já, já estão ficando tristes, que a gente vai embora lá, o dia que for vai ser uma choradeira, eles esperando a gente mesmo. Enc 3, P 6.

*eles
de
ficam*

Construir uma relação com a comunidade e com a família é considerado pelo ACS muito mais que um simples trabalho, é a consagração de uma meta que se estabelece quando ele entende as necessidades do programa e da equipe, e quando a alcança, vem a satisfação pessoal. A frustração causada pela incerteza quanto ao que vai acontecer com as famílias significa sofrimento.

A realidade dentro do PSF muitas vezes não é a aquela aceita e apresentada pela gestão, pois a realidade da comunidade nem sempre se traduz nos dados apresentados, algumas vezes por falta de espaços interpessoais.

Tem que mostrar o feio e o bonito. Tem que mostrar dois. Enc 3, P 1.

os

Não adianta ver e não saber o que está acontecendo. Enc 3, P 11.

Apesar da gente estar com a população diariamente, e elas que ficam lá dentro não veem a realidade de fato. Por isso que a gente diz que é um Elo Perdido. Porque quem não vê a realidade, não sabe. Enc 5, P 2.

mas quando a gente leva a realidade, não tem facilidade. Esse é o problema. Enc 5, P 1.

Sabe o que acontece? A gente desanima, né. Enc 5, P 1.

Enc

É um “ELO PERDIDO”. Enc 4, P 1.

Todos estes relatos representam a indignação do ACS frente à visão irreal passada muitas vezes pelo restante da equipe e a coordenação, seja por necessidade documental ou política.

7. CONCLUSÃO

A opção metodológica adotada neste estudo atendeu ao objetivo delimitado, possibilitando a descrição das ações desenvolvidas pelos ACS, consideradas ou não como autônomas, em função das peculiaridades técnicas, operacionais e administrativas, do município onde desenvolvem suas atividades. Foi também possível identificar os elementos significativos, componentes do conceito de autonomia, bem como os diferenciais relacionados ao cotidiano do grupo profissional estudado.

Foram descritos todos os encontros realizados, com as respectivas análises efetuadas pelo moderador e observadora.

A análise dos dados obtidos por meio da transcrição, seguida da interpretação dos discursos dos ACS participantes do estudo, permitiu a identificação de sete categorias que contribuíram para a melhor compreensão do significado da “autonomia” para os ACS’s.

Assim, o ACS identifica-se no contexto do PSF (Categoria 1) com o seu perfil, atribuições e atividades (sub-categorias), definindo a importância de TER, SABER e SER em suas múltiplas dimensões, características essenciais para quem se considera “os olhos do posto”, definindo suas atribuições e atividades com extrema propriedade, no âmbito da sua categoria profissional (Categoria 3); no contexto das relações multiprofissionais (Categoria 4) e das relações com a comunidade (Categoria 5), identificando inclusive as dificuldades e necessidades de adequação dos processos de seleção e treinamento (Categoria 2) à realidade do município, objeto deste estudo.

Os participantes deste estudo configuram, também, a questão da sua “autonomia” (Categoria 6) no decorrer de todas as manifestações, mas destacando um conjunto de expressões que conseguem resumir num enunciado único: “é a liberdade de agir com certas restrições e responsabilidade sobre o que fazemos mediante a experiência e a vivência”, semelhante, mas não idêntico, ao apresentado pelo Moderador no início dos trabalhos.

Finalizando, apresentam uma primorosa análise do contexto: “o elo perdido” (Categoria 7), onde demonstram o domínio do TER, SABER e SER um competente Agente Comunitário de Saúde, num cenário de incertezas e mudanças históricas, políticas e sociais do município estudado.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido buscou entender como o ACS caracteriza o conceito autonomia no contexto de suas atividades, utilizando o método do GF para coleta de dados. Esta jornada nos mostrou muito mais do que a simples elaboração deste conceito. Mostrou-nos a percepção deste profissional sobre si e sobre o Programa Saúde da Família.

As discussões sobre a temática indicaram um universo que se caracterizava por frustrações, angústias e alegrias de SER um Agente Comunitário de Saúde.

O processo de seleção mostrou que existem diferenças entre o que é preconizado pelo MS⁴⁻⁵ como formação mínima para o ACS e o que foi encontrado no município pesquisado.

As dificuldades encontradas para efetivação do GF e início da pesquisa se formalizaram principalmente pela falta de comunicação entre a Coordenação e as equipes de Saúde da Família.

Os dados coletados por meio do GF favoreceram a construção de categorias que representam a identificação do conceito, com base em literatura selecionada como referencial teórico.

As categorias identificadas representam o cotidiano do ACS dentro do PSF.

Durante os encontros pude observar que o envolvimento era mais forte a cada etapa desenvolvida, e a relação de confiança e parceria foi favorecida pelo uso do GF; os diálogos pautavam-se pelos aspectos formais, mas sempre estavam impregnados pelo cotidiano dos sujeitos.

É importante ressaltar que a percepção dos ACS's abrange muitos aspectos que os próprios gestores e supervisores, na visualização dos mesmos, ignoram, como por exemplo, a estrutura do PSF e as suas reais metas de assistência, como também a necessidade de se relacionar com a comunidade. Isto ficou explícito em muitos relatos citados, como, por exemplo: "eles não sabem o que é o PSF".

Esta afirmativa demonstra o grau de conhecimento e envolvimento que estes profissionais têm em relação à comunidade com a qual trabalham, e fica também evidente seu grau de comprometimento muito mais aprimorado que o praticado pelos demais profissionais, pois relatam que não é uma constante a saída a campo dos outros profissionais para uma VD. Uma "nova" modalidade descrita pelos mesmos é a VD social, que passou a existir somente para suprir a necessidade de

documentar este procedimento realizado pelo auxiliar de enfermagem e/ou pelo enfermeiro.

O profissional enfermeiro é citado em todas as etapas do trabalho e as principais menções são a falta de conhecimento sobre o PSF e seus objetivos e o não conhecimento sobre a legislação profissional (regulamentação) relativa ao ACS, além da falta de parceria e cumplicidade com a equipe como um todo.

É importante ressaltar que, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, é expressamente proibida a atribuição de procedimentos técnicos a pessoas exclusas a esta categoria ⁶⁵.

No que diz respeito ao Código Penal Brasileiro, exercer atividades que pertençam ao outro profissional, ou não ser habilitado para exercê-las caracteriza exercício ilegal da profissão ⁶⁶.

Os profissionais médicos, quando citados (poucas vezes) foram destacados pelos pontos positivos em relação ao apoio e às informações fornecidas.

Em relação aos auxiliares de enfermagem, o comentário básico era que não tinham treinamento e, na maioria dos casos, sua formação era totalmente voltada para a assistência hospitalar.

Percebi que, tanto o dentista como o auxiliar de consultório dentário, quando citados, eram descritos como apêndices da equipe. Acredito que isso ocorra devido ao sistema de atendimento realizado nas unidades, por agendamento, e não segue os mesmos caminhos dos atendimentos de rotina.

A complexidade decorrente da diversidade existente entre usuários, profissionais e gestores deveria ser suprimida, pelo uso de técnicas de interação interpessoais, que pudessem diminuir a fragmentação das ações e contribuir para o pensar e agir coletivo ⁶⁷.

Importante: grau de entendimento do ACS sobre a construção do perfil preconizado pelo MS ⁴, foi destacado em diversos momentos, sendo necessário lembrar que somente cinqüenta por cento dos integrantes do GF já haviam recebido treinamento. A expressão **“Nós somos os olhos do posto”**, que representa o elo entre a comunidade e a equipe de PSF, sustenta-se pelo TER, SABER e SER, pois são componentes e ferramentas deste perfil.

As atribuições padronizadas pelo MS ³² são reconhecidas pelos ACS's como importantes, mas a de maior citação foi a VD, que representa a razão da existência deste profissional. A VD é encarada em muitos momentos como um ato de tortura,

pois deixou de ser uma relação de troca de informações entre o ACS e a família e passou a ser um número, a ser cumprido no final do período. Isso não só denigra a imagem do PSF para estes sujeitos, mas demonstra que não existe conhecimento dos gestores ou da supervisão sobre a real finalidade desta atribuição.

O relato que pode ser representativo nesse contexto: “Hoje eles não querem qualidade, querem quantidade”. A necessidade de atingir uma meta incomoda os profissionais, a ponto de fazer a VD sem a qualidade antes empregada.

As atividades que foram destacadas poderiam ser consideradas como atribuições formais, como por exemplo, “a visita de dengue” que, no entender dos ACS’s, é da competência da equipe SUCEN⁶⁸. No entanto, caso fosse abordada numa dimensão diferenciada das funções do ACS, visualizada como uma verificação de áreas de risco, poderia representar uma ação formal do ACS.

A comunicação representa dentro da organização, um fator determinante no alcance da satisfação pessoal e profissional, pois é através deste relacionamento que se pode fortalecer a consciência multiprofissional e os preceitos organizacionais⁶⁸. Podemos então reafirmar que a falta de comunicação clara e efetiva danifica a caracterização da autonomia pelo ACS⁶⁹.

Na segunda categoria - “O processo de seleção e treinamento do ACS” - os participantes contextualizaram a seleção e o treinamento como primordiais no alcance da autonomia, fator que poderíamos dizer elementar, se não atentarmos para as considerações feitas.

Neste município a contratação é realizada por convênio entre a prefeitura e uma Ong criada para este fim. Uma das referências feitas foi “a contratação por QI (Quem Indica)”, mecanismo que não incomoda os participantes, referem que não interfere no desempenho profissional individual; dizem que a falta de estabilidade contribui para que o “serviço” ocorra a contento, e o mecanismo não se apresenta com os membros da equipe concursados e com estabilidade, e que seria interessante a participação de um profissional psicólogo na avaliação dos futuros ACS’s.

Esta modalidade de contratação não causa prejuízos ao conceito de autonomia, porém a falta de Treinamento e Educação Permanente são nomeadas como interferências diretas neste conceito.

As perspectivas ao redor destes fatores representam a necessidade de formar núcleos de treinamentos introdutórios no município, facilitando a atuação dos novos profissionais nas equipes de atendimento comunitário.

É de suma importância ressaltar que a visão dos ACS's vai além do seu próprio contexto, pois credenciam esta carência como fator de desvio de função dos demais profissionais envolvidos com o atendimento das famílias.

A necessidade de uniformizar o treinamento e a transferência de conceitos relativos à Estratégia de Atenção Básica se faz presente na caracterização de autonomia não só do ACS, mas de todos os envolvidos e, quanto à Educação Permanente, é plausível dizer que não se deve considerar o ouvinte um mero depositário da fala do palestrante³⁰, e que se deve ter um preparo na condução da mensagem ao ouvinte, não bastando somente ler para ensinar⁴⁴.

Diante do exposto é consistente afirmar que os ACS's consideram esse processo como alicerce no alcance da autonomia, mas não se solidifica esta estrutura sem a participação dos demais profissionais nesta caminhada.

A terceira categoria formalizada se descreve da seguinte forma: "O ACS como categoria profissional", remetendo-nos a repensar o tão quanto demoram as regulamentações profissionais em nosso país, e como isso interfere no desenvolvimento das competências relativas ao atuar. Considerando que o PACS e posteriormente o PSF tiveram seu início nos anos 90 e a regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde se deu em 2002, ainda hoje não existe cursos formadores regimentados, que possibilitem a aquisição de um registro profissional.

Ressaltamos ainda que se, em uma ponta, existe a cobrança por procedimentos, na outra se encontra um profissional frustrado que busca o seu reconhecimento formal, e acredita que a ausência desta formação interfere no exercício de sua autonomia perante os seus e aos demais membros da equipe e da coordenação.

É relevante dizer que a independência profissional passa pelo reconhecimento tanto horizontal como vertical no PSF, o que não ocorre, pois quando são cobrados, são profissionais, e quando cobram não constituem categoria.

No que tange à comunidade, é fato que na maioria dos casos o usuário não tem o devido conhecimento do que é ser ou ter uma profissão, e o que isto representa para o ACS.

A qualificação pautada pela descrição de competências técnicas e formalizada pela certificação formal representa no mundo capitalista a concretização da autorização para a prática, proporcionando também a sensação de autonomia para o sujeito⁷⁰.

A certificação formal representa uma necessidade não somente de autonomia, mas de representatividade frente aos seus parceiros na equipe multiprofissional.

O modelo descrito como formador, pelos ACS's, é o curso técnico, que proporcionaria a formação adequada para as tarefas inerentes ao programa. Fica registrado que os Ministérios da Saúde e da Educação desenvolveram normas curriculares para efetivar tais cursos ⁴⁷.

Uma das citações que comprovam esta angústia é: “Nós não temos uma carteirinha, como o pessoal da enfermagem, um código de ética”. É evidente que a “carteirinha” representa a formação e o “código de ética”, a regulação das ações; assim, cabe afirmar que esta necessidade também compõe uma interferência na satisfação e autonomia profissional.

A quarta categoria é “O ACS no Contexto das Relações Multiprofissionais”, que foram descritas de forma imparcial e baseando-se no cotidiano diário interno e externo à equipe, sendo que o interno caracteriza-se pela relação entre ACS's, Enfermeiros, Médicos, Auxiliares de Enfermagem, Dentistas e Auxiliares de Consultório Dentário, e o externo por ACS's, Enfermeiros e Coordenação.

Os fatores que são apontados na relação interna envolvem principalmente ACS's e Enfermeiros e caracterizam uma dificuldade de relacionamento fundamentada principalmente pela falta de uma comunicação clara e objetiva, devido à falta de formação de ambos os lados, que poderia acontecer dentro do próprio programa, com a elaboração de projetos de Educação Permanente e valorização profissional.

Num passado próximo, dentro dos selecionados do GF existiam pessoas que também vivenciaram uma época com várias reuniões, comentando que hoje não é uma prática da Coordenação a sua promoção. Relatos apontados afirmam a ocorrência desse distanciamento: “Antigamente havia reuniões entre as equipes, isto era bom, pois tinha troca de experiências. O que era bom para ele pode ser bom para mim também”.

Este simples resgate, que não caracteriza custo financeiro, pode causar uma satisfação em todos os membros, além de produzir uma troca de experiências e vivências únicas dentro das equipes.

O Auxiliar de Enfermagem é descrito como um profissional que tem menor preparo para atuar dentro do PSF, pois não se visualiza nenhum curso para os mesmos, fato que mais complica esta relação.

A relação externa envolvendo o ACS, Enfermeiro e a Coordenação é vista como inerte, pois a maioria dos relatos versa sobre a pressão para o alcance de metas produtivas (VD, por exemplo).

Também ocorre apoio da Coordenação na defesa dos ACS's frente a algumas condutas dos Enfermeiros, no que tange à realização de procedimentos fora da competência destes. Esta categoria demonstra que contexto das relações multiprofissionais interfere no cotidiano do ACS e dificulta a percepção da autonomia pelos mesmos.

A quinta categoria representa "O relacionamento do ACS com a comunidade"; para o ACS a relação entre ele e as famílias assistidas é o elo que concretiza o PSF, sendo esse convívio intenso: "Às vezes a gente pega até os vícios da família", "É muito bom quando eu vejo um hipertenso que nunca foi ao médico na fila de consulta, ele acredita em mim".

O fato de nem todos os ACS's residirem na sua área de atuação (e muitos preferem esta situação, pois o residir na comunidade tira dos mesmos a liberdade da vida privada) não interfere na sua autonomia em relação à comunidade, mas residir na mesma interfere na sua autonomia pessoal.

A grande queixa dos ACS's em relação à comunidade é a falta de informação sobre as suas reais funções, pois em alguns casos pensam em várias denominações agregadas ao PSF, entre elas o "Programa Médico de Família", identificação que em parte é feita pelos próprios gestores, apontada como uma das principais barreiras para o alcance da autonomia.

Este fato promove a visualização do ACS como simples entregador de recados, e não um profissional.

Devo ressaltar que o ACS não é e nunca será um espectador do PSF, mas sim um dos atores principais neste elenco profissional.

A sexta categoria - "A autonomia do ACS" - tem o objetivo de entender dentro da ótica do ACS as ações autônomas do seu cotidiano.

Esta categoria se firmou com muitos conceitos já na fase de seleção dos participantes, pois demonstraram um grau de entendimento elevado nesse sentido, tanto para o integrante com um nível educacional elementar até um advogado que respondeu ao mesmo questionamento.

Há que se destacar que a realidade do ACS dentro das suas atividades, em muitos momentos isolada, implica desempenho e responsabilidades por ele. É claro que o

Enfermeiro exerce uma supervisão indireta, porém não saem da unidade para acompanhar o trabalho do ACS; saem somente para realizar a VD social.

A autonomia do ACS é alicerçada pelo TER, SABER e SER, alicerces que sustentam as atribuições e atividades cotidianas do profissional. As características do perfil são, na ótica do profissional, ferramentas usadas na confirmação da autonomia diária.

As dificuldades mais evidentes foram a falta de comunicação e informação (ACS, Equipes, Coordenação e Comunidade), e o não reconhecimento da regulamentação profissional do ACS.

Todos estes fatos, facilitadores e dificultadores permearam todos os encontros do GF, causando frustrações e angústias nos sujeitos.

Fica evidente que o ACS tem e entende o que é autonomia e busca ser autônomo, porém vários fatores atrapalham esta busca, causando uma sensação de incapacidade profissional, prejudicando assim o reconhecimento do mesmo por todos os envolvidos no PSF.

A sétima categoria - "O Elo Perdido" - foi surpreendente, a primeira coisa que me veio à cabeça foi lembrar do seriado que levava o mesmo nome, então perguntei se haveria uma relação e a resposta foi "exatamente". Neste momento passei a entender todas as frustrações e angústias que aquele grupo sentia em relação ao seu trabalho, e percebi que a autonomia por mim buscada passava pelo mesmo "Elo Perdido", que eles caracterizavam como a sua realidade.

Este achado passou a ser, a partir do quarto encontro uma das referências do mundo descrito pelos ACS's e relacionado com todo o contexto que envolve o ter ou não ter autonomia.

Esta categoria buscou entender e construir um caminho que levasse os ACS's a um porto seguro, pois sabiam o que eram e quais suas responsabilidades com o PSF, mas ao mesmo tempo sofriam interferências dos demais membros da equipe, dificultando e até mesmo anulando suas ações autônomas.

Considerar que o sentimento de frustração não se evidenciava em nenhum relato por salário baixo, quantidade de trabalho específico, mas por falta de visão do contexto do PSF pelos seus parceiros da equipe (todos), falta de respeito sobre as suas funções, falta de informação dos próprios ACS's, Equipes, Coordenação e comunidade sobre o Ser Agente. Enfim este profissional, descrito na maioria das

referências como fundamental para o sucesso da Atenção Básica a Saúde, se declarava impotente frente à realidade vivenciada.

Em minha passagem pelo PSF deste município trabalhei em dois cômodos (duas salas) sem água e nem banheiros; a Coordenadora da época dizia a todas as equipes: “Trabalhem bem que eu vou fazer um puxadinho na sua unidade, vai ficar melhor”. Hoje as unidades do PSF têm uniformidade em sua arquitetura, mas não existe um comprometimento dos profissionais com as metas estabelecidas nos programas.

Em função deste aspecto, entendo que os ACS's estão n um mundo que não reconhecem, mas ao mesmo tempo têm lembranças de um lugar para o qual sonham retornar. O “O Elo Perdido” que realmente existe só poderá ser desvendado a partir do momento em que houver um comprometimento de todos, em prol não de benefícios políticos, mas de um “Ideal Coletivo”.

Constituir equipes de PSF no município é uma questão de vontade política e, acima de tudo, construir um modelo que vai ao encontro dos Princípios e Diretrizes do SUS. É obrigação do gestor dar subsídios para os profissionais executarem ações autônomas, questão de respeito não somente para com eles, mas para a comunidade como um todo.

A finalização deste trabalho me fez repensar o meu desempenho como Enfermeiro e, mais do que buscar a Caracterização do Conceito de Autonomia para o Agente Comunitário de Saúde, encontrei uma nova questão a ser estudada no futuro: “O resgate do Elo Perdido chamado Programa Saúde da Família”.

9. REFERÊNCIAS

- 1- Secretaria Municipal de Saúde Araras. Documentos Implantação Programa Saúde da Família. Araras – SP, 1999.
- 2 - Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde, o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- 3- Ministério da Saúde (Br). Atenção Básica: Saúde da Família [serial on line] 2006 [citado2006mai20]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipes>
- 4- Regulamentação da Profissão de Agente Comunitário de Saúde e da outras providências de 2002, Lei nº10.507 (jul.10,2002)
- 5- Ministério da Saúde (Br). Atenção Básica: Saúde da Família [serial on line] [citado 2006 mai 20]. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/resumo_por_uf-02_pdf
- 6- Seixas PHD. Os pressupostos para a elaboração da política de Recursos Humanos nos Sistemas nacionais de Saúde, In: Política de Recursos Humanos em Saúde, Seminário Internacional Brasília (DF); 2002.
- 7- Curtin L. Autonomy, accountability and nursing practice. Topics in Clinical Nursing 1982; 4(1) : 7 – 13.
- 8- Dempester JS. Autonomy: a professional issue of concern for nurse practitioners. Nurse Practitioner Forum 5th, 1994. p. 227 – 234.
- 9- Ferreira ABH. Dicionário básico de língua portuguesa. Ed. Fronteira. 2 ed. Rio de Janeiro – RJ 1995.
- 10- Peduzzi, M. Multiprofessional healthcare team: concept and typology. J public health 2001; 35 (1) : 103-109.

- 11- Deluiz N. Formação do Trabalhador: produtividade e cidadania. Rio de Janeiro: Shape; 1995.
- 12- Siqueira HSG. Pereira MA. O sentido da autonomia no processo de globalização. Reunião Anual da ANPEd. [periódico on line] [pesquisado em 2005mai 29] Disponível em URL: <http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/index.autonomia1.html>
- 13- Bianco MHC. Construção da Autonomia do Enfermeiro no Cotidiano: um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller. Bauru: EDUSC; 2000.
- 14- Segre M. Franklin L. Schramm FR. O Contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. Brasília – DF, Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 18.
- 15- Aveyard H, Is there a concept of autonomy that can usefully inform nursing practice? J advanced Nursing 2000; 32 (2) : p 352.
- 16- Morgan DL. The focus research as qualitative research. California: Sage Publications; 1997.
- 17- Debus M. Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development; 1997.
- 18- Kitzinger J. Focus groups with users and providers of health care. In: Pope C, Mays N, editors. Qualitative research in health care. 2ed. London: BMJ Books; 2000.
- 19- Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. Norwalk: Appletown e Lange; 1988.
- 20- Méier MJ. Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito. [tese] Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

- 21- Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96. (out 10, 1996).
- 22- Westphal MA, Bógus CA, Faria MM. Grupos Focais: experiências percussoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol. Oficina Sanit. Panam, 1985; 120 (6) : 472 – 481. 1985.
- 23- Dall’agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. Ver. Gaúcha de Enfermagem 1999; 20 (1) : 5 – 25.
- 24- Greenbaum TL. Moderating focus group: a practical guide for group facilitation. In: Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito/[tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.
- 25 - Méier MJ, Kudlowicz S. Grupo focal: uma experiência singular. Texto & Contexto Enfermagem, 2003; 12 (3) : 394 – 399.
- 26- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Portugal; 2000.
- 27 – Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Ed. Hucitec. 7ed. São Paulo – SP.
- 28 – Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa Clínico qualitativa: construção teórico – epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde humana. Petrópolis – RJ, 2003.
- 29 – Mafredi SM. Trabalho qualificação e competência profissional das dimensões conceituais e políticas. Rev. Educação e Sociedade, v. 19, n 64. Campinas – SP, 1998.
- 30 – Freire P. Pedagogia do Oprimido. Ed. Paz e Terra. São Paulo, 1987.
- 31 – Wen TS. Acupuntura Clássica Chinesa. Ed. Pensamento Cutrix. São Paulo, 2006.

32 – Brasil, Ministério da Saúde. Programa Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, Br. 1994.

33 – Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF em Porto Alegre. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. Porto Alegre, RS 2005.

34 – Fabri CA, Waidman MAP. Visita Domiciliar: A atividade do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família. Rev. Família Saúde Desenvolvimento, v 4, n 2, p 106 – 118. Curitiba, PR 2002.

35 – Costa EMA, Carbone MH. Saúde da Família: Uma abordagem interdisciplinar. Ed. Rubio. Rio de Janeiro – RJ 2004.

36 - Silva MJ, Rodrigues RM. O Agente Comunitário de Saúde no processo de municipalização da saúde. Rev. Eletrônica de Enfermagem (on line), v 2, n 1. Goiânia – GO 2000.

37 – Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família. Caderno 01 A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília – DF 2000.

38 - Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família. Caderno 02 Treinamento Introdutório. Brasília – DF 2000.

39 – França ACL, Arellano EB. Os processos de recrutamento e seleção. In: Fleury MTL (Coord). As pessoas na organização. Ed. Gente. São Paulo – SP 2002.

40 – Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família. Caderno 03 Educação Permanente. Brasília – DF 2000.

41 – Brasil. Lei nº 8080 de 19 setembro de 1990. <disponível em <http://www.saude.inf.br/leis/lei8080.htm>>. Acesso em 17 julho 2006.

42 - Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação Permanente: uma ferramenta para o pensar e o agir no trabalho de enfermagem. Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto 2006.

43 - Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operacionais. Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto 2005.

44 - Perrenoud P. Dez novas competências para ensinar. Tradução Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

45 - Brasil, Ministério da Saúde. Programa Agentes Comunitários de Saúde 1994. In: Castro JL, Vilar RLA, Fernandes VP. Precarização do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um desafio para a gestão do SUS. Disponível em http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados . Acesso em 17/07/07.

46 - Ministério da Saúde (Br). Atenção básica: Saúde da Família [serial on line] [citado 2006 mai 20]. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/resumo_por_uf-02_pdf

47 - Brasil, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Serie Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2004.

48 - O'Donnell K. Valores Humanos no Trabalho: da parede para a prática. Ed. Gente. São Paulo, 2006.

49 - Zanon U. Qualidade da Assistência Médico – Hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Ed. Medsi. Rio de Janeiro, 2001.

50 - Chiavenato I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Ed. Campus. Rio de Janeiro, 1999.

51 - Silva MA. Centros colaboradores para a qualidade da gestão e assistência hospitalar: uma experiência inovadora. In: Pierantoni CR, Vianna CMM. Gestão de Sistemas de Saúde. Ed. Segreca R. Rio de Janeiro, 2003.

52 - Brasil, Ministério da Saúde. Protocolos Básicos sobre Processos de Trabalho em Saúde da Família. Brasília, 1999.

53 - Nemes Filho AA. A unidade básica de saúde e o sistema de saúde. In: Saúde do adulto: programas de ações na unidade básica.ed. Hucitec. São Paulo, 2000.

54 - Felisbino JE, Ribeiro IM. Oficina de capacitação para implantação de equipes de saúde da família. Rev. Brasileira de Enfermagem, v 53, n especial. Brasília, 2000.

55 - Pessoa F. Poesia 1918 – 1930. Ed. Companhia das Letras. São Paulo, 2007.

56 - Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília – DF 1988.

57 - Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cadernos de Saúde Pública, vol 18, n 6, 2002. Rio de Janeiro.

58 - Cianciarullo TI. A família e os serviços de saúde. In: Saúde na família e na comunidade. Ed. Robe Editorial. São Paulo, 2002.

59 - Kunkel MB. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. In: Ferla AA, Fagundes SMS (Org). Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Coleção escola e gestão. Ed. Da Casa: Escola de Saúde Pública / RS. Porto Alegre – RS, 2002.

60 - Trapé CA, Soares CB. Educative practice of community health agents analyzed through the category of praxis. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.15 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2007.

61 - Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno – assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO (Org). Inventando a mudança na saúde. Ed Hucitec 2ed. São Paulo, 1997.

62 - Ruiz JA, Nigena G, Bejarano RM. Políticas sobre recursos humanos del sector em México. In: Seminário Internacional. Política de recursos humanos em saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

63 – Laverde GP. Recursos Humanos. In: Administração Hospitalar. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires – AR, 2003. 2 ed. p 96 -116.

64 – Chiavenato I. Recursos Humanos. Ed. Atlas. 8 ed. p 21 – 57. São Paulo – SP, 2004.

65 – Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

66 - Bonfim E. M. Direito Penal – Parte Geral. Ed. Saraiva, São Paulo, 2004.

67 – Quintana P, Rochke MA, Ribeiro EC. Educacion permanente, processo e trabajo y calidad de servicio em salud. In: Hadad QJ et al. Educacion permanente de personal de salud. Washington: OPS, 1994.

68 – Lefevre A.M.C. Representações dos agentes de combate ao Aedes aegypti sobre a estratégia de retirada do inseticida nas ações de controle do vetor. Rev. Brasileira de Epidemiologia, vol. 6, nº 4, 2003.

69 - Mayer M. A importância da comunicação organizacional na atuação da equipe multiprofissional. Rer. Digital Comunicação & Estratégia. v 2, n 3. disponível em <http://www.comunicacaoempresarial.com.br/rev.3artigoFossaeoutros.htm>. Acesso em 09/09/2007.

70 - Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF26.pdf> acesso em 09/09/2007.

10. ANEXOS

Anexo I Ofício para a Coordenação de Enfermagem

Ilma. Sra. Enfa.

Coord. de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Araras.

Conforme contato anterior venho por meio desta solicitar a autorização para realizar coleta de dados referente à minha pesquisa de Mestrado com o Tema: **Caracterização do Perfil de Autonomia do Agente Comunitário de Saúde nas unidades do Programa Saúde da Família deste município.**

Para tal procedimento necessito da liberação dos Agentes Comunitários de Saúde lotados nas equipes do Programa Saúde da Família, uma vez por semana durante aproximadamente duas horas para coleta de dados por meio de Grupo Focal, esclareço que durante este processo a instituição não terá despesas de quaisquer natureza.

Coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente.

Edson Roberto Muniz

Mestrando de Enfermagem

Araras, de de 2005.

**Carta de Autorização do Campo de Pesquisa ao Comitê de Ética
Ao Comitê de Ética da Universidade Guarulhos**

Conforme solicitação de campo para coleta de dados referente ao Trabalho de Mestrado do aluno Edson Roberto Muniz com o Tema: **Caracterização do Perfil de Autonomia do Agente Comunitário de Saúde**, vimos informar que o Departamento de Enfermagem do município de Araras se compromete com a liberação, desde que aprovado por este comitê.

Atenciosamente.

Enfa.

Coord. de Enfermagem da Secretaria de Saúde de Araras

Araras, de de 200 .

Anexo II Ofício para a Diretora do Departamento Clínico**Ilma. Sra. Dra.**

Diretora Departamento Clínico Secretaria de Saúde Araras.

Conforme contato anterior venho por meio desta solicitar a autorização para realizar coleta de dados referente à minha pesquisa de Mestrado com o Tema: **Caracterização do Perfil de Autonomia do Agente Comunitário de Saúde nas unidades do Programa Saúde da Família deste município.**

Para tal procedimento necessito da liberação dos Agentes Comunitários de Saúde lotados nas equipes do Programa Saúde da Família, uma vez por semana durante aproximadamente duas horas para coleta de dados por meio de Grupo Focal, esclareço que durante este processo a instituição não terá despesas de quaisquer natureza.

Coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente.

Edson Roberto Muniz

Mestrando de Enfermagem

Carta de Autorização do Campo de Pesquisa ao Comitê de Ética

Ao Comitê de Ética da Universidade Guarulhos

Conforme solicitação de campo para coleta de dados referente ao Trabalho de Mestrado do aluno Edson Roberto Muniz com o Tema: **Caracterização do Perfil de Autonomia do Agente Comunitário de Saúde**, vimos através desta informar que nos comprometemos-nos a liberação, desde que aprovado por este comitê.

Atenciosamente.

Dra.

Diretora Departamento Clínico Secretaria de Saúde de Araras

Anexo III

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Por esse instrumento particular declaro, para os efeitos éticos e legais, que eu _____ (nacionalidade) _____ profissão _____ portador do RG _____ e CPF _____ residente e domiciliado à _____ na cidade de _____, Estado de _____, **concordo em participar desta pesquisa. Estou ciente que essa pesquisa pretende identificar o conceito de autonomia dentro do entendimento do Agente Comunitário de Saúde.**

A pesquisa será realizada nas unidades do Programa Saúde da Família do Município de Araras, SP onde as condições ambientais favoráveis à realização de reuniões com utilização de recursos de gravação de áudio com qualidade.

Este formulário será preenchido no local da entrevista de seleção junto ao pesquisador, neste momento qualquer dúvida deverá ser esclarecida.

Após o preenchimento do formulário o voluntário será convidado a responder o formulário de seleção.

Esclareço que recebi todas as informações sobre minha participação nesse estudo, e a garantia de que receberei novos esclarecimentos que julgar necessários durante o decorrer da pesquisa. Esclareço também, que fui verbalmente informado sobre todos os passos, sendo acompanhado por um pesquisador responsável.

Tomei conhecimento de que não terei custos extras e que tenho plena liberdade para recusar a participação na referida pesquisa a qualquer momento, sem penalização alguma. Autorizo, para os devidos fins, o uso, a divulgação e a publicação dos dados e resultados obtidos do relatório geral da pesquisa e em outras publicações decorrentes, a qual estou em concordância. Entretanto, recebi a garantia do sigilo que assegura a privacidade dos participantes do estudo, uma vez que os dados obtidos são confidenciais.

Por estar de pleno acordo com o presente termo, assino abaixo o mesmo.

_____ de _____ de 200__.

(Assinatura do Voluntário)

(Pesquisador Responsável)

Em caso de dúvidas, contato com Edson Roberto Muniz

Rua: Rita Gomes de Oliveira Godoy nº 1078 Pirassununga – SP

Fone: 19 – 3561.1733 – 19-3561-8038

Cel.: 19 – 9227.2874

e-mail: edsonrmuniz@telefonica.com.br / zinumre@hotmail.com

Anexo IV Entrevista
Roteiro de Entrevista de Seleção

Iniciais do nome: _____ Idade: _____ anos.

Nível de escolaridade:

() fundamental incompleto série: _____ () fundamental completo

() ensino médio incompleto série: _____ () ensino médio completo

() superior incompleto () superior completo área: _____

Sexo: () F () M

Tempo de inserção na Equipe de Saúde da Família: _____

Tempo de atuação no programa: _____

Passou por processo de capacitação profissional ou algum treinamento?

() sim () não

Qual? Descrever o conteúdo.

Quais as principais atividades que você desenvolve como ACS?

Você se sente capaz de desenvolver estas atividades?

() sim () não

Identifique quais as fez se sentir capaz:

O que você entende por autonomia?

Você gostaria de participar desta pesquisa ?

() sim () não

 Assinatura do Pesquisado

 Assinatura do Pesquisador

Código de identificação: _____

Araras, de _____ de 2005.

Anexo V Ofício de Solicitação para uso do Auditório

Araras, de de 200 .

Ilmo. Sr.

Diretor Administrativo

Secretária Municipal de Saúde de Araras

Veio por meio deste solicitar autorização para utilizar o Auditório desta secretária para realização das reuniões, que serão feitas com os Agentes Comunitários de Saúde, visando a coleta de dados para Projeto de Pesquisa de Mestrado. Informo que este projeto já foi autorizado pela Secretária de Saúde do Município.

A escolha do local foi com base na localização estratégica e acústica favorável à gravação de áudio, além de facilitar a locomoção de todos, visto que fica próximo ao terminal rodoviário.

As datas que solicito são: Fevereiro 01, 08, 15, 22, Março 01, 08, 15, 22, 29, Abril 04 sendo que os dias relacionados serão sempre na quarta-feira das 13h30min às 16h00min.

Solicito ainda que caso ocorra a necessidade de ocupação do local por esta secretária gostaria que fosse notificado com antecedência para providenciar substituição.

Informo ainda que ficarei responsável por quaisquer danos ao patrimônio público que vierem a ocorrer por conta dos eventos.

Coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente.

Edson Roberto Muniz

Pesquisador

Fone: 19 – 3561.1733 – 19-3561-8038

Cel.: 19 – 9227.2874

e-mail: edsonrmuniz@itelefonica.com.br

zinumre@hotmail.com

Anexo VI Descrição dinâmica primeiro encontro.

Dinâmica desenvolvida no primeiro encontro visando descrever dificuldades no processo de transmissão de informações.

Consiste em organizar um grupo que irá realizar a tarefa de recolher assinaturas dos demais integrantes em um tempo determinado.

O organizador passará as recomendações de forma rápida e sem dar oportunidade de perguntas, isto causará um desentendimento no grupo sobre o que deve ser feito.

Primeiro passo:

- Deixar sobre uma mesa várias folhas de papel com canetas;
- Fazer as orientações de forma rápida e sem deixar momentos para tirar dúvidas, afirmar a necessidade de cumprir o tempo;
- Cronometrar o tempo.

O que pode acontecer:

- Todos saem solicitando assinaturas sem organização;
- Não iniciam a tarefa antes de tirar mais as dúvidas.

Caso ocorra a primeira opção o organizador deve comentar que os participantes não questionaram mais informações sobre a tarefa e que o resultado final foi prejudicado devido a isto. Logo após o mesmo descreverá com calma a tarefa novamente, e desta forma ocorrerá perguntas.

A tarefa consiste em recolher o maior número de assinaturas em uma folha de papel.

Conclusão: toda tarefa de ser descrita de forma ordenada, e cabe ao responsável e aos seus colaboradores tirar todas as dúvidas antes de iniciar o trabalho.

Anexo VI Questionário usado no segundo encontro.

Estas ações foram levantadas nos questionários respondidos pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Ações desenvolvidas	Como você faz?	Comente sua autonomia.	Sente-se confortável, sim ou não? Justifique.
Visita domiciliar			
Atendimento recepção			
Orientação quanto a HA, Hans, DIA, Hepatite.			
Auxílio na coleta de sangue			
Visita de dengue			
Visitas: gestante			
Visita de criança.			
Visita idoso.			
puericultura			
Auxiliar na coleta de CO			
Cadastros de programas (viva leite, bolsa família e outros)			
Verificação de pressão arterial.			
Realização de inalações.			
Aplicação de insulina			

Entrega de medicamentos			
Realização de curativos.			
Caminhadas			
Receber e dar recados			
Levantar problemas com a comunidade			
Auxiliar nas consultas médicas e de enfermagem.			
Levantar casos de febre maculosa, dengue.			
Ajudar em palestras,			
Comunicação			