



Marcio Henrique de Mattos Silva

Construindo estratégias de desenvolvimento profissional com os agentes comunitários  
de saúde (ACS)

Rio de Janeiro  
2021

Marcio Henrique de Mattos Silva

Construindo estratégias de desenvolvimento profissional com os agentes comunitários de saúde (ACS)

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao polo UERJ como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Eloisa Grossman

Rio de Janeiro  
2021

## Ficha Catalográfica

n. autor, Silva, Marcio Henrique de Mattos. Construindo estratégias de desenvolvimento profissional com os agentes comunitários de saúde (ACS) / Marcio Henrique de Mattos Silva. --2021 n°. f. : il. Orientadora: Eloisa Grossman. Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao polo UERJ como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2021.

1. Assunto. 2. Assunto. 3. Assunto. 4. Assunto. 5. Assunto. I. Título.

Número de classificação  
do assunto principal.

Marcio Henrique de Mattos Silva

Construindo estratégias de desenvolvimento profissional com os agentes comunitários  
de saúde (ACS)

Dissertação apresentada ao Programa de  
pós-graduação em Saúde da Família -  
PROFSAÚDE, vinculado ao polo UERJ  
como requisito para obtenção do título de  
Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Doutor, Cesar Augusto Orazem Favoreto  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Doutor, Willian Fernandes Luna  
Universidade Federal de São Carlos

Doutora, Marcele Bocater Paulo de Paiva  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Doutora, Mariana Bteshe  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Doutora, Eloisa Grossman (Orientadora)  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro  
2021

Dedico a todos que defendem o SUS em  
suas trincheiras diariamente.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha fé que faz parte de tudo que sou, à minha família que é tudo que tenho, à minha esposa que não me deixou desistir nos períodos mais difíceis, à minha orientadora que teve paciência e persistência em mostrar-me o caminho, aos agentes comunitários de saúde, protagonistas que produzem cuidado em saúde diariamente mesmo em períodos tão sombrios; e ao SUS, um marco civilizatório para nossa sociedade.

*“O agente cuida da nossa saúde de uma forma especial; faz dos passos e da visita, um instrumento sem igual. Ele age com atitude, pois conhece a nossa realidade, o agente é gente da gente, pois mora na comunidade. Faça chuva ou faça sol, o seu trabalho é uma constante; o agente não esquece do seu povo um só instante. Ele percorre o território e conhece a fundo sua condição; numa busca ativa e incessante, vai cumprindo sua missão”.*  
(SANTOS, ALVARO DA SILVA;  
SOUZA, 2011)

## RESUMO

Diante dos problemas cada vez mais complexos que se apresentam na Atenção Primária à Saúde (APS) são necessárias soluções que exigem olhares complementares sobre o cuidado. Dessa forma, investir na formação, no desenvolvimento profissional e na qualificação permanente das equipes de saúde, especialmente do ACS, pode ser um caminho profícuo para que haja o enfrentamento desses desafios. Contudo, devido a crescente flexibilização das equipes de saúde da família e do trabalho dos agentes comunitários de saúde, observa-se a crescente desvalorização desses trabalhadores. Nesse sentido, este estudo constitui-se de um primeiro passo para a reflexão sobre o aprimoramento do trabalho do ACS, com ênfase em duas atividades essenciais: o cadastramento e a orientação comunitária, com a finalidade de contribuir com a valorização da APS. Assim, compreender e valorizar a percepção dos ACS sobre o próprio processo de trabalho instituindo estratégias de desenvolvimento profissional, em conjunto, pode contribuir para a qualificação principalmente do cadastramento e das atividades educativas. A pesquisa realizada é de abordagem qualitativa, realizada em uma USF do Rio de Janeiro, com ACS, a partir do modelo de entrevista proposto por Cardoso, 1986, estruturada em quatro módulos. A análise das transcrições das entrevistas utilizou o modelo proposto por Ginzburg, 1989. Posteriormente, foi realizada a devolutiva dos resultados do estudo para os ACS da USF. Isso permitiu o reconhecimento dos aspectos biográficos, das percepções sobre o trabalho prático, e das histórias de vida dos ACS, que modulam sua identificação profissional. Além disso, evidenciou o vínculo com o território e o quanto esses ACS são um dos pilares da ESF. A atuação desses trabalhadores guarda grandes desafios e muitas vantagens, como a gratidão das pessoas cujas necessidades são atendidas, apesar da complexa tarefa de equalizar a oferta dos serviços e a procura da população. Apesar disso, os ACS ainda exercem um papel coadjuvante no processo de trabalho, apesar da valorização do trabalho em equipe. Vale ressaltar que a desestruturação do cadastramento e da orientação comunitária, são desafios advindos das greves na saúde, da mudança de modelo de gestão, da pandemia, e da sobrecarga de trabalho. Portanto, instrumentalizar os ACS com ferramentas que possam aprimorar seu trabalho é fundamental para lidar com os desafios e fortalecer a APS, desde que articuladas com as necessidades dos trabalhadores e do território.

**Palavras-Chave:** Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

Faced with the increasingly complex problems that arise in Primary Health Care (PHC), solutions are needed that require complementary perspectives on care. Thus, investing in training, professional development and permanent qualification of health teams, especially the community health agents (CHA), can be a fruitful way to face these challenges. However, due to the increasing flexibility of family health teams and the work of, CHA there is a growing devaluation of these workers. In this sense, this study constitutes a first step towards reflecting on the improvement of the work of the CHA, with an emphasis on two essential activities: registration and community guidance, with the aim of contributing to the enhancement of the PHC. Thus, understanding and valuing the perception of CHAs about their own work process, instituting professional development strategies, together, can contribute to the qualification, mainly of registration and educational activities. This research has a qualitative approach, carried out in a Family Health Unit (FHU) in Rio de Janeiro, with CHA, based on the interview model proposed by Cardoso, 1986, structured in four modules. The analysis of the transcripts of the interviews used the model proposed by Ginzburg, 1989. Subsequently, the results of the study were returned to the CHA at the FHU. This allowed the recognition of biographical aspects, perceptions about practical work, and life stories of the CHA, which modulate their professional identification. In addition, it showed the link with the territory and how these CHA are one of the pillars of the Family Health Strategy. The work of these individuals has great challenges and many advantages, such as the gratitude of people whose needs are met, despite the complex task of equalizing the supply of services and the demand of the population. Despite this, the CHA still play a supporting role in the work process, despite the appreciation of teamwork. It is important to say that the disruption of registration and community guidance are challenges arising from strikes, the change in the management model, the pandemic, and the work overload. Therefore, equipping the CHA with tools that can improve their work is essential to deal with the challenges and strengthen the PHC, as long as they are articulated with the needs of workers and the territory

**Keywords:** Community Health Agents. Primary Health Care. Family Health Strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 – Distribuição dos ACS por Raça/Cor.....</b>	<b>31</b>
<b>Figura 2 – Escolaridade.....</b>	<b>31</b>
<b>Figura 3 – Introdutório.....</b>	<b>33</b>
<b>Figura 4 – Situação Familiar.....</b>	<b>33</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Tempo de Entrevista por ACS.....</b>	<b>30</b>
<b>Tabela 2 - Distribuição por Gênero.....</b>	<b>30</b>
<b>Tabela 3 – Tempo de Moradia no Bairro e Tempo de Moradia na USF.....</b>	<b>32</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CLT</b>	Consolidação das Leis Trabalhistas
<b>COVID19</b>	Doença Causada pelo Vírus Coronavírus 19
<b>CRAS</b>	Centro de Referência da Assistência Social
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>ESPIN</b>	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PAB</b>	Piso da Atenção Básica
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PIASS</b>	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNEP</b>	Política Nacional de Educação Permanente
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
<b>3. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
<b>4.1. Objetivo geral.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>21</b>
<b>5. HIPÓTESES .....</b>	<b>22</b>
<b>6. METODOLOGIA .....</b>	<b>22</b>
<b>7. RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>7.1 Considerações gerais sobre a entrevista e os perfis dos ACS.....</b>	<b>27</b>
<b>7.2 Escolha, vocação ou oportunidade? .....</b>	<b>35</b>
<b>7.3 Vínculo e vida no território: hoje cadastrado, amanhã ACS.....</b>	<b>39</b>
<b>7.4 Os encantos e desencantos: entre a gratidão e a exaustão .....</b>	<b>42</b>
<b>7.5 A arte de cuidar: aprendizado, desenvolvimento e autonomia.....</b>	<b>47</b>
<b>7.6 Trabalho em equipe: entre as normas e a prática .....</b>	<b>50</b>
<b>7.7 A ruptura pós-COVID19: medo, sobrecarga e luto.....</b>	<b>53</b>
<b>7.8 Cadastramento: vínculo, burocracia e cuidado .....</b>	<b>57</b>
<b>7.9 Grupos em saúde: organização, divulgação e realização .....</b>	<b>70</b>
<b>8. DEVOLUTIVA: PREPARANDO AS ESTRATÉGIAS DE DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>78</b>
<b>9. CONCLUSÕES .....</b>	<b>81</b>
<b>10. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>83</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde de um indivíduo é determinada pela interação do seu repertório genético com o ambiente, com os aspectos culturais, sociais, espirituais, e com fatores relacionados à atenção à saúde.

Esses fatores, por sua vez, relacionam-se a uma estrutura organizacional com diferentes níveis e arranjos interativos, o sistema de serviços de saúde, constituído com a finalidade de responder às necessidades individuais e coletivas de uma população, que atualmente são cada vez mais complexas.

Desse modo, diante dos problemas complexos, cada vez mais prevalentes, associados à quádrupla carga de doenças (transmissíveis agudas e subagudas, crônicas transmissíveis e não transmissíveis, violência e iatrogenia), são necessárias soluções que exigem olhares complementares sobre o cuidado, com apoio interprofissional e intersetorial, de forma organizada e longitudinal, apoiada no vínculo e na autonomia das pessoas.

A atenção primária à saúde (APS) é o primeiro nível de um sistema de saúde. Ela oferece a porta de entrada (ou acesso) para todas as necessidades e problemas dos indivíduos e das famílias, garantindo a atenção à comunidade no decorrer do tempo, coordenando o cuidado de maneira integral (STARFIELD, 2002).

Esse primeiro nível de atenção apresenta características fundamentais, expressas pela responsabilidade sanitária e pelo cuidado em saúde, através da assistência às pessoas e famílias de uma comunidade.

Para isso, os profissionais de saúde, necessitam se apropriar do meio físico e social no qual as pessoas se interrelacionam, vivem e trabalham, isto é, do território, pois a atenção centrada somente no indivíduo e no adoecimento fica restrita e enviesada, principalmente porque parte da população desse território, muitas vezes, não alcança o serviço de saúde, ainda que esteja sob a responsabilidade desse nível de atenção.

Nesse sentido, a atuação profissional exige recursos sofisticados como o vínculo, o empoderamento, a autonomia e a participação dos indivíduos, das famílias e da comunidade no protagonismo do próprio cuidado. Além disso, exige também o trabalho

em equipe, permitindo o compartilhamento e a ampliação dos saberes, bem como o aumento da resolutividade e da satisfação das pessoas e dos próprios profissionais.

Dessa forma, investir na formação, no desenvolvimento profissional e na qualificação permanente dessas equipes de saúde, pode ser um caminho profícuo para que haja o enfrentamento desses desafios cada vez mais complexos para a APS.

No Brasil, a APS desenvolveu-se de forma muito incipiente até o final da década de 70, quando o governo federal editou um programa nacional de extensão de cobertura, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1978 (MOROSINI; CORBO, 2007). Nesse programa, as ações de saúde previam o uso de pessoal auxiliar e agentes de saúde residentes nas comunidades, com a finalidade de expandir a cobertura dessas ações para um alcance coletivo. (MOROSINI; CORBO, 2007)

Na década de 80, os setores da sociedade brasileira, impulsionados pelos trabalhadores da saúde, conquistaram o texto constitucional de 1988, embasado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação popular, norteadores do nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

Na década de 90, surgiram as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas à reorientação da organização da atenção à saúde com ênfase em seu primeiro nível de atenção. Nesse momento, estabeleceu-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. (MOROSINI; CORBO, 2007)

Vale destacar que apesar da Declaração de Alma-Ata em 1978 reconhecer a importância da atenção à saúde centrada nas necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades, valorizando a orientação familiar e comunitária como atributos estruturantes para uma APS de qualidade (STARFIELD, 2002), foi somente na década de 90, que no Brasil, esses programas deslocaram a família e a comunidade para o centro da organização da atenção à saúde. Antes disso, a abordagem individual e centrada na doença dominava as ações programáticas da Política Nacional de Saúde. (MOROSINI; CORBO, 2007)

Na década de 2000, consolidou-se a proposta do cuidado em equipe, corresponsável sobre um território geograficamente definido, com intervenções

individuais, familiares e comunitárias, longitudinais, integrais e coordenadas. Assim, o Programa de Saúde da Família (PSF) transformou-se em Estratégia Saúde da Família (ESF), que fortaleceu as diretrizes da atenção primária no âmbito da política nacional de saúde e trouxe maior destaque para a APS no cenário político brasileiro, notabilizando-se pela expansão de cobertura e pela ampliação do número de equipes de saúde da família. (MENDONÇA; GUSTAVO CORRÊA; GONDIM; GIOVANELLA., 2012).

Considerando esses marcos históricos, cabe destacar o papel dos agentes comunitários de saúde para a estratégia saúde da família. Nos primórdios do PACS, foram recrutados em caráter informal e se subordinavam às unidades básicas, supervisionados por enfermeiros. Atualmente, encontram-se institucionalizados no âmbito da política nacional, visto que suas ações não são alheias aos serviços de saúde tornando-se o elo entre o serviço e a comunidade (MENDONÇA; GUSTAVO CORRÊA; GONDIM; GIOVANELLA., 2012).

A implementação do PACS em 1991, teve caráter emergencial, em locais que não houvesse condições de interiorização da assistência médica. A partir disso, os agentes foram gradualmente capacitados para outras atribuições, como cadastramento, diagnóstico comunitário, identificação de riscos e promoção das ações de proteção à saúde. (MENDONÇA; GUSTAVO CORRÊA; GONDIM; GIOVANELLA., 2012)

Contudo, a definição da atuação, do perfil e das atribuições dos agentes comunitários, foi condicionada à supervisão de um profissional da saúde de nível superior, especialmente o enfermeiro, na base operacional de todo o processo de trabalho desses profissionais, reforçando sua alienação e um papel secundário no cuidado em saúde (MENDONÇA; GUSTAVO CORRÊA; GONDIM; GIOVANELLA., 2012). Dessa forma, os supervisores geralmente definem as atribuições, organizam o processo de trabalho, instituem metas, gerenciam o trabalho do agente comunitário, de forma vertical, sem valorizar as suas percepções, as informações e o olhar que estes trabalhadores possuem da dinâmica e das necessidades das pessoas, das famílias, da comunidade e do território.

Portanto, construir estratégias de empoderamento, autonomia e aprimoramento, que superem essa posição histórica desses trabalhadores, na perspectiva da educação permanente, são desafios atuais para valorizar a atuação do ACS no cuidado em saúde.

Apesar dessa expansão da estratégia de saúde da família e dos agentes comunitários como profissionais de saúde, existem inúmeros desafios para a formação e para a atuação destes trabalhadores. Isso porque, a necessidade de contratação imediata para suprir as demandas dos serviços, atravessa a exigência de ensino fundamental e um curso introdutório inicial, que nem sempre é atendido (GONÇALVES BANDEIRA; RIGATTO WITT; SILVA RODRIGUES, 2018). Ao mesmo tempo, a formação técnica do ACS, criada com intuito de minimizar a preocupação com a sua escolaridade ainda não se constitui em uma realidade no contexto do país. Além disso, a matriz de competências ou mesmo o guia prático profissional desenvolvido pelo Ministério da Saúde, muitas vezes não alcançam esses trabalhadores.

Desse modo, a formação do agente comunitário em saúde acontece no cotidiano, na experiência prática, nas reuniões de equipe, no compartilhamento diário, na perspectiva da educação permanente, e nas capacitações, por vezes, esporádicas e não sistematizadas, nem sempre de acordo com a necessidade individual ou mesmo do território desse agente comunitário.

Nesse sentido, desenvolver um conjunto de competências, normatizar guias práticos e orientações relacionadas ao trabalho do ACS podem ser ferramentas importantes para a regulamentação da atuação desses trabalhadores, contribuindo para a qualidade da assistência. Entretanto, existem lacunas na adequação das normas à prática desenvolvida no cotidiano da formação em serviço, e também, falta de clareza sobre o papel desses profissionais no âmbito da estratégia de saúde da família.(GONÇALVES BANDEIRA; RIGATTO WITT; SILVA RODRIGUES, 2018)

Vale destacar também que, as matrizes de competências, os guias e manuais, e a descrição das atribuições do ACS geralmente não dialogam com a necessidade singular de cada trabalhador, nem mesmo com a necessidade daquele território, sendo muitas vezes gerais, empíricas e teóricas.

Portanto, desenvolver estratégias na perspectiva da educação permanente, voltadas para o aprimoramento profissional dos agentes comunitários, valorizando o protagonismo desse trabalhador, pode conciliar a teoria e as normas às atividades práticas e concretas.

Dessa forma, o objeto da pesquisa é o trabalho dos agentes comunitários de saúde, reconhecendo sua trajetória de vida e inserção na comunidade, identificando sua

formação profissional, e como esses trabalhadores articulam teoria e prática no exercício da profissão. Além disso, entender como se situam e participam do processo de trabalho, a partir da percepção das potencialidades e das dificuldades enfrentadas na função. Com isso, espera-se que as entrevistas, as análises e o compartilhamento dos resultados deste estudo com os agentes comunitários, seja um primeiro passo para a reflexão sobre o aprimoramento do processo de trabalho, com ênfase em duas atividades essenciais: o cadastramento e a orientação comunitária.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

Os marcos teóricos principais e estruturantes da presente dissertação de conclusão de mestrado constam da obra de Starfield, 2002, que conceitua a Atenção Primária à Saúde e suas características, embasando os conhecimentos sobre esse nível de atenção, e a importância de um serviço apoiado em atributos essenciais e estruturantes para o cuidado em saúde.

Segundo Starfield, a APS é a porta de entrada das pessoas ao sistema de serviços de saúde, isto é, o primeiro contato do indivíduo e sua família com esse sistema. Desse encontro, tem-se o *locus* de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo (STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, é relevante que os profissionais de saúde estejam preparados para esse desafio, que reside no entendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas que se impõem a partir do primeiro contato.

Essa pesquisa apoia-se também nas publicações oficiais do Ministério da Saúde (MS), como as portarias e manuais que esclarecem as definições estruturais, dinâmicas e específicas da realidade brasileira da APS, assim como a reorientação do modelo assistencial a partir da estratégia de saúde da família, trazendo uma perspectiva histórica ao presente modelo de atenção à saúde do Brasil.

Além disso, busca nas publicações oficiais que estabelecem as competências dos agentes comunitários de saúde, o entendimento sobre as atribuições desses trabalhadores, o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o desenvolvimento

de suas funções, relacionando a importância dessa categoria no cuidado em saúde de indivíduos, famílias e comunidade, apesar da desvalorização desses trabalhadores.

Outra referência importante para o desenvolvimento dessa dissertação é a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), que representa um marco para formação e para o trabalho em saúde no país, orientada pelas diretrizes do SUS. A PNEP é importante para desencadear mudanças no processo de educação dos profissionais da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018), pois favorece a qualificação e o aprimoramento dos trabalhadores, em serviço, na prática, no ato em saúde, permitindo maior sentido, apropriação e competência para lidar com a complexidade do cuidado. Desse modo, a educação permanente é ferramenta importante para o desenvolvimento profissional e subsidia a proposta desta pesquisa em refletir sobre os processos de trabalho, a qualificação e o aprimoramento da atuação do agente comunitário de saúde. Espera-se através da educação permanente, estimular esses trabalhadores a desempenharem suas atividades profissionais com maior protagonismo e autonomia.

Portanto, esses marcos teóricos formam o arcabouço conceitual para o desenvolvimento desta pesquisa. Diante dos atributos da atenção primária, os princípios do SUS, a educação permanente e a disposição para o aperfeiçoamento profissional, tem-se a finalidade de constituir uma abordagem “instrumentalizadora” que contribua e valorize as atividades profissionais desses agentes comunitários de saúde.

### **3. JUSTIFICATIVA**

A política nacional de atenção básica (PNAB, 2017) desvaloriza subliminarmente os atributos estruturantes da APS, especialmente a orientação familiar e comunitária.

Essa desvalorização afeta a função do ACS, visto que desloca e não reconhece as atribuições desses trabalhadores devido à flexibilização do formato das equipes, inclusive não definindo o quantitativo mínimo de ACS por equipe. Além disso, faculta novas competências a esses profissionais, vinculadas ao saber técnico em saúde, praticamente não reconhecendo a importância e o saber comunitário desses profissionais. Isso fica ainda mais evidente no espaço urbano, especialmente na cidade do Rio de

Janeiro, com a transformação das equipes de saúde da família em equipes de atenção básica, que não pressupõe a necessidade de um ACS com enfoque no território e na responsabilidade sanitária. Nesse sentido, o ACS pode existir apenas como um trabalhador burocrático, com atribuições internas, ficando restrito a recepcionar as pessoas e direcionar conforme o fluxo determinado, a atualizações de fichas e a marcação de consultas no sistema informatizado. Essa conformação de equipe depende das características socioeconômicas do território adscrito pela unidade, ou mesmo, por essa equipe de saúde.

Esse contexto macropolítico de crescente flexibilização das equipes de saúde da família e do trabalho dos agentes comunitários de saúde, e o conseqüente retrocesso provocado na atenção à saúde são evidências da relevância social do tema a ser discutido.

Outro aspecto que evidencia essa desvalorização é a adoção de um modelo de prontuário eletrônico que não possui campo de registro qualitativo para que o agente comunitário descreva as visitas domiciliares, as atividades educativas, as ações territoriais, entre outras intervenções em saúde, apagando sua produção no cuidado em saúde das pessoas, famílias e comunidade, e suprimindo a sabedoria prática, isto é, a voz desses trabalhadores.

Essas mudanças microrregionais afetam diretamente o cuidado das populações, principalmente as mais vulneráveis e a atenção e promoção em saúde das comunidades a partir da interferência na orientação comunitária, visto que o papel do ACS como articulador do vínculo e da vigilância do território, na consolidação da estratégia de saúde da família e na interface entre profissionais, gestão e comunidade fica cada vez mais defasado e em segundo plano.

Vale lembrar que no decorrer de todo o processo de implementação da estratégia de saúde da família, o trabalho do agente comunitário foi instituído com muitas críticas, seja pela baixa qualificação profissional, pelo pouco entendimento das suas atribuições e competências, pelo limitado curso introdutório de formação, entre outros aspectos, desvalorizando o saber comunitário, em detrimento de um saber clínico, que fica evidenciado na proposta de transformação desse agente comunitário em técnico de enfermagem. Isso demonstra os desafios frente à desvalorização desse profissional, que muitas vezes, não é reconhecido como integrante da equipe, profissional de saúde, e mediador da relação entre o serviço e a comunidade.

Nesse contexto, a gestão do processo de trabalho em equipe, o protagonismo desses trabalhadores, o apoio no cuidado dos indivíduos e famílias, a vigilância em saúde de grupos prioritários, as ações comunitárias, as visitas domiciliares, entre outros aspectos relevantes para a APS ficam cada vez mais em segundo plano.

Sendo assim, o trabalho dos agentes comunitários sofre interferência de diversos aspectos macropolíticos e microrregionais, principalmente a valorização de sua função, sua singularidade e suas condições de trabalho.

Nessa perspectiva, existe a necessidade de construção de propostas de resistência e qualificação do trabalho desses profissionais, cuja centralidade seja o protagonismo do agente comunitário de saúde, respeitando sua especificidade e suas condições de trabalho.

Nesse sentido, reconhecer os aspectos subjetivos de sua identidade e os aspectos objetivos de sua formação, com a finalidade de desenvolver estratégias participativas de qualificação profissional pode revelar uma sensível melhora nas atribuições dos ACS e da equipe de saúde da família no cuidado às pessoas, famílias e comunidade.

Portanto, reafirmar o valor desses trabalhadores e seu papel no processo de trabalho, na produção do cuidado, principalmente sob a perspectiva comunitária pode representar uma alternativa frente ao vendaval técnico político que assola a atenção primária à saúde, especialmente no Rio de Janeiro, mais particularmente na realidade de uma unidade de saúde da família em Vila Kosmos.

Por isso, propõem-se a partir da educação permanente, contribuir para o entendimento de suas competências como forma de valorizar a atuação do ACS e os atributos estruturantes da APS. Além disso, deflagrar um processo dinâmico e contínuo de avaliação do trabalho é fundamental para a qualificação desse processo, enfrentando o desafio de teorizar e discutir a prática e as metodologias relacionadas ao trabalho do ACS, à luz da experiência profissional, com distanciamento crítico e acadêmico.

Vale ressaltar que o pesquisador atua na unidade em que será realizada a pesquisa desde 2013, tendo vínculo de trabalho como preceptor do programa de residência em medicina de família e comunidade. Isso permite uma aproximação com o campo de estudo, ao mesmo tempo que a observação do objeto por si já modifica os processos de trabalho e as relações entre os trabalhadores. Dessa forma, colocar o agente

comunitário no centro do seu processo de trabalho pode trazer benefícios para o cuidado em saúde.

Finalmente, apesar de um tema amplamente discutido na literatura, por se tratar de um estudo relevante para a unidade de saúde da família que o pesquisador atua, e por se constituir com viabilidade operacional seja pela coleta de dados e análises, seja por não necessitar de muitos recursos pessoais e financeiros para a execução da pesquisa, insistiu-se nessa abordagem, procurando estabelecer em conjunto estratégias para o desenvolvimento profissional e o enfrentamento dos desafios postos para o trabalho dos agentes comunitários de saúde.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo geral**

- Compreender a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre o próprio processo de trabalho no contexto de uma determinada unidade de saúde da família, em Vila Kosmos, Rio de Janeiro;

### **4.2 Objetivos específicos**

- Reconhecer os valores morais e aspectos biográficos dos agentes comunitários de saúde, refletindo sobre como se relacionam com o processo de trabalho;
- Valorizar as percepções dos agentes comunitários em saúde no desenvolvimento de estratégias de aperfeiçoamento profissional na perspectiva da educação permanente.
- Instituir um processo regular de participação do agente comunitário de saúde no planejamento, organização, execução e avaliação do seu processo de trabalho, refletindo sobre estratégias de desenvolvimento profissional, em conjunto, que possam contribuir para a qualificação principalmente do cadastramento e das atividades educativas.

## 5. HIPÓTESES

O trabalho em saúde é fruto da interação entre sujeitos (profissional-pessoa vinculada ao serviço). Para isso, é fundamental que os agentes comunitários em saúde se envolvam como protagonistas no processo de planejamento, organização, atuação e desenvolvimento profissional.

Nesse sentido, pode-se pressupor que: 1- o atual modelo de gestão e a coordenação do trabalho em equipe do ACS, não privilegia o *feedback* formativo de suas funções, a avaliação de suas ações e o desenvolvimento da educação permanente; 2- que as histórias de vida, os valores e as relações comunitárias dos ACS modelam sua prática profissional e o potencial de ação desses trabalhadores; 3- a discussão pouco detalhada das tarefas a serem cumpridas, previstas na matriz de competências da função do ACS, dificulta a autonomia e o seu papel de protagonista no exercício de suas atividades, especialmente no que diz respeito à atividade de cadastramento e às atividades coletivas de orientação comunitária.

Esses pressupostos se relacionam ao cenário de desvalorização do papel do ACS, bem como à interferência da gestão nas suas atividades, à dificuldade de se estabelecer atividades profissionais com avaliação e *feedback*, e à pouca participação ativa dos ACS nos espaços de planejamento e organização de seu processo de trabalho.

## 6. METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada na Clínica da Família Ana Maria Conceição dos Santos Correia, uma unidade de APS, localizada em Vila Kosmos, com agentes comunitários de saúde (ACS). Foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em 15/07/2020 tendo obtido parecer favorável em 16/09/2020.

Nesta unidade, há 20 ACS empregados, atualmente, distribuídos em 6 equipes de saúde da família, adscrevendo uma área de aproximadamente 21 mil pessoas. Além disso, possui quatro equipes de residência médica de medicina de família e comunidade vinculadas à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e 3 equipes de residência de enfermagem de família e comunidade, vinculadas ao município do Rio de Janeiro.

Esse estudo consta de quatro etapas independentes, porém interligadas. A primeira etapa localiza-se na revisão e análise dos documentos oficiais relacionados à matriz de competências dos ACS, produzidos a partir de 2000, identificando as semelhanças e diferenças destes documentos.

Desse modo, pesquisou-se no portal BVS pelos descritores: competências, atribuições e agentes comunitários de saúde, selecionando os artigos de interesse a partir do ano 2000. A seguir, observou-se a leitura dos documentos selecionados, identificando as diferenças e semelhanças nos textos.

A segunda etapa consta da entrevista dos agentes comunitários procurando categorizar seu perfil, suas percepções sobre o processo de trabalho, estimulando a reflexão e suas contribuições. A princípio, não haveria critérios de inclusão e exclusão, contudo, devido à pandemia, optou-se por selecionar os agentes comunitários que continuaram trabalhando durante esse período, visto que alguns desses trabalhadores foram afastados devido à situação de saúde pregressa, durante a maior parte do período da pandemia.

Portanto, os sujeitos do estudo são todos os ACS que tiveram disponibilidade e interesse em participar da pesquisa, e não estavam afastados por comorbidades durante o período da pesquisa. Todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, e ainda, registraram o aceite da gravação no momento da entrevista.

Essas entrevistas têm como objetivo reconhecer os valores, as concepções e as atitudes do grupo entrevistado. Assim, foi utilizado um modelo de entrevistas proposto por Cardoso (CARDOSO, 1986). Esse método consta de quatro módulos: contato; reconstrução da história de vida; módulo temático voltado para o aprofundamento do ofício dos agentes comunitários, enfatizando as fortalezas e as dificuldades do cadastramento e das atividades educativas em grupo; e discurso livre para complementar as narrativas das etapas anteriores.

O módulo contato consistiu em um momento previamente agendado, quando foram apresentadas as finalidades do depoimento e a dinâmica de montagem do mesmo. Esse encontro aconteceu sem gravação, e o pesquisador anotou as informações, para produção posterior de uma narrativa sobre a consideração do depoente acerca da proposta.

O segundo módulo teve como objetivo reconstruir a história de vida do entrevistado. Assim, formularam-se questões para a recuperação de informações sobre família, religião, lazer, trabalho, e formação profissional, para conhecer os valores morais e éticos do entrevistado.

O terceiro módulo dirigiu-se objetivamente às questões relacionadas ao objeto de estudo, a partir da elaboração de um roteiro, que foi influenciado pela etapa de análise documental realizada anteriormente, que se mostrou fundamental para a construção desta parte do roteiro.

E por fim, o quarto módulo oportunizou que o entrevistado falasse livremente a respeito daquilo que foi abordado nos módulos anteriores. A confrontação do que foi obtido nesse módulo com o que foi produzido nos anteriores demonstrou ser importante, visto que a contraprova é uma das etapas das investigações de cunho científico.

Para proceder à análise, os vídeos das entrevistas foram transcritos literalmente, incluindo-se a observação e o registro dos silêncios, das frases entrecortadas e das dificuldades em enunciar palavras ou expressões. A terceira etapa constou da análise do material ocorreu acompanhando-se a leitura das transcrições e as filmagens gravadas por meio do celular, utilizando-se o modelo proposto por Ginzburg, 1989.

Esse modelo epistemológico, conhecido como paradigma indiciário, se caracteriza como um conjunto de princípios e procedimentos centrados na valorização do detalhe, dos dados marginais, dos resíduos tomados enquanto pistas, indícios e sinais, ao invés de apenas atentar-se para o óbvio. Dessa forma, foram identificados significados, com posterior formulação de categorias.

A quarta etapa da pesquisa constou da devolutiva dos resultados para os agentes comunitários de saúde. Esse momento teve a finalidade de envolver e promover a participação desses trabalhadores no planejamento, na organização, na execução e avaliação do seu processo de trabalho, e ainda, procurou valorizar a participação desse profissional na continuidade da pesquisa. Nesse sentido, a devolutiva pode ser entendida como um primeiro passo para a constituição de grupos de trabalho de agentes comunitários para refletirem sobre a prática profissional na perspectiva da qualificação de suas atividades e da educação permanente.

A partir da devolutiva, espera-se que encontros futuros sejam possíveis, permitindo a construção coletiva de estratégias voltadas para as especificidades da unidade de saúde em questão e da população assistida, relacionando se com as diretrizes oficiais.

Cabe destacar que esses encontros serão voltados para a construção de um grupo de trabalho com a participação dos agentes comunitários e do pesquisador, que se encontra na qualidade de responsável técnico da unidade, com a finalidade de criar estratégias para uma rotina de trabalho mais qualificada, principalmente voltadas para o cadastramento e a orientação comunitária.

A metodologia utilizada visou valorizar o trabalho do agente comunitário e suas concepções, e poderá fornecer subsídios a futuras análises em unidades diferentes daquela que foi campo de estudo dessa pesquisa, permitindo a incorporação de uma dimensão comparativa.

## **7. RESULTADOS**

Inicialmente, vale explicitar alguns fatores que compõem o contexto no qual ocorreu o projeto de pesquisa, a coleta e a análise das informações, assim como os seus resultados. Além disso, vale ressaltar que escrever uma dissertação do mestrado possui grandes desafios. Exige determinação, inspiração e transpiração. Também precisa de planejamento, de disciplina e de organização. Nesse contexto, as primeiras ideias vão sendo amadurecidas até chegar o momento da qualificação, em que as contribuições e expectativas são ajustadas à realidade, e finalmente, o projeto ganha seu formato.

A etapa seguinte é passar pela avaliação do comitê de ética e pesquisa, e assim, obtém-se a autorização para começar a pesquisa em campo, a fim de coletar os dados da dissertação. Esse campo de pesquisa no mestrado profissional é também o campo de trabalho do pesquisador. É o sistema único de saúde (SUS). É a atenção primária à saúde (APS). É uma unidade de saúde da família (USF). É na zona norte do Rio de Janeiro. É no bairro de Vila Kosmos. É na clínica da família Ana Maria Conceição dos Santos Correia. É tudo isso em um tempo de pandemia.

Em fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declara emergência em saúde pública de importância nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (BRASIL, 2020). Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declara o COVID19 uma pandemia (SAÚDE, 2020). Essa preocupação mundial com a transmissão e disseminação do novo coronavírus, trouxe desafios a muitos lugares do mundo. No Brasil, não foi diferente.

Nesse contexto, o trabalho e os trabalhadores foram atravessados pelo novo momento, assim como, o projeto de pesquisa, pensado e amadurecido no período pré-pandemia. Esse atravessamento exigiu novos ajustes, aumentou a dificuldade de foco e concentração do pesquisador e dos trabalhadores, sujeitos do estudo, bem como interferiu no cronograma da dissertação.

Nesse novo ambiente, diante dos desafios da pandemia que se colocam na atenção primária à saúde, as dificuldades para sustentar as linhas do projeto se impuseram. O sentimento de frustração, vontade de desistir, redirecionar as poucas energias e o desânimo, foram inevitáveis, mas a resiliência, a rede de suporte familiar, o apoio da orientadora e dos amigos, com palavras de incentivo, foram fundamentais para que a construção da dissertação ocorresse.

Vale ressaltar que a pandemia modificou intensamente o funcionamento da unidade. As visitas domiciliares dos agentes comunitários ficaram bastante restritas. As pessoas, no princípio, deixaram de procurar o serviço, mantendo o isolamento e dificultando o cadastramento. Além disso, os grupos de educação em saúde foram suspensos. Sendo assim, os objetos de estudo da pesquisa não aconteceram normalmente nesse período. Ao longo dos primeiros meses, foram se realizando ajustes no processo de trabalho da unidade, inclusive dos ACS, conforme a recomendação da nota técnica publicada em 20 de julho de 2020, no portal Fiocruz. (MOROSINI et al., 2020)

Cabe ressaltar também que os ACS com comorbidades e fatores de risco foram afastados das atividades laborativas. Assim, dos 20 ACS contratados na unidade, tivemos apenas 12 ACS em suas funções na maior parte do tempo da pandemia. Os oito ACS que estavam em isolamento domiciliar não foram incluídos na pesquisa, devido à dificuldade da entrevista remota, a não participação das atividades laborativas nos últimos meses e, a fim de minimizar os riscos de contágio do novo coronavírus, visto que o entrevistador poderia ser um vetor da infecção.

Diante dessas modificações substanciais do processo de trabalho, as linhas gerais da pesquisa também sofreram ajustes. Houve necessidade de readequar o cronograma da pesquisa, o número de entrevistados, o processo de trabalho, a integração de esforços para o enfrentamento da pandemia. Vale ressaltar que a angústia, o medo, o luto e as incertezas, inegavelmente aumentaram a vontade de falar e ser ouvido, a adesão e a disponibilidade dos agentes comunitários de saúde a participarem do estudo.

O pesquisador e entrevistados estavam enlutados. Tomando por empréstimo as palavras de Kehl, 2011 pareciam ter sido arrancados de uma porção de coisas sem sair do lugar. A perda de um ser amado não é apenas perda de um objeto, é também a perda do lugar que o sobrevivente ocupava junto ao morto. Lugar de amado, de amigo, de vizinho querido, de paciente e, metaforicamente, do local de trabalho entendido como local de acolhimento, oposto ao distanciamento exigido pela pandemia. Enfim, feito essa contextualização, segue-se para a apresentação dos resultados da pesquisa bem como sua análise.

### **7.1 Considerações gerais sobre a entrevista e os perfis dos ACS**

Primeiramente, realizar as entrevistas no período da pandemia foi um verdadeiro desafio, pois a preocupação com a exposição e o contágio do novo coronavírus, nos reserva ao isolamento e à pouca interação social. Dessa forma, o convite aos participantes precisou ser realizado de forma cuidadosa, a fim de estabelecer o espaço e o momento adequado para a gravação da entrevista.

Esse primeiro contato era realizado em ambiente privativo, na própria unidade, e foi recebido pelos ACS com certa apreensão, ansiedade e preocupação. Cabe ressaltar que o pesquisador é responsável técnico médico, preceptor do programa de residência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em Medicina de Família e Comunidade, trabalha há 8 anos nessa unidade, exercendo funções assistenciais, docentes e gerenciais. Isso pode ter contribuído para a preocupação inicial dos agentes comunitários, quando estes eram chamados para participar da entrevista. No entanto, quando eram explicadas as motivações da pesquisa, vinculada ao mestrado do pesquisador, e o quanto isso poderia auxiliar os ACS no desenvolvimento profissional, suas reações eram de maior descontração e animação.

Desse modo, o convite aos ACS de forma geral aconteceu sem intercorrências, com alguns questionamentos e dúvidas dissolvidos na hora, e com o aceite bem recebido. Não houve recusa de nenhum agente comunitário em participar da pesquisa.

Após o convite, era combinado um momento para a realização da entrevista. Vale destacar mais uma vez que o funcionamento da unidade ficou bastante modificado com a pandemia. O excesso de trabalho dos profissionais, associado à redução do quantitativo de trabalhadores, às crises da APS na cidade do Rio de Janeiro (MELO; DEMENDONÇA; TEIXEIRA, 2019) e ainda, à campanha de vacina contra COVID19 e Influenza, somado às demais atividades da USF, foram fatores desafiadores para a realização das entrevistas.

Apesar desses fatores dificultadores, foi muito importante e interessante ouvir dos trabalhadores suas histórias de vida, impressões sobre o processo de trabalho e suas falas livres relacionadas à entrevista. Além disso, conhecer e compreender os sentimentos e as ideias dos ACS permitiram desvelar uma nova percepção sobre como o trabalho acontece no campo de prática, e ainda, trouxe a perspectiva do agente comunitário sobre o tema e seu próprio trabalho.

Nesse sentido, foram realizadas 12 entrevistas, gravadas em vídeo, por aparelho de celular, entre 27/11/2020 e 27/05/2021, na própria unidade de saúde, em locais privativos, conduzidas pelo pesquisador. Todos os participantes assinaram o TCLE e registraram o aceite durante a gravação.

No momento da entrevista, os ACS preocupavam-se com boa aparência, com o volume da voz, e com o tempo de filmagem. Mantiveram as máscaras em sua maioria, dificultando a percepção de algumas expressões não verbais. Alguns demonstraram períodos de emoção quando falavam de experiências que os marcaram durante a vida profissional. Outros ficaram emotivos ao falarem da pandemia e suas dificuldades. De forma geral, o sentimento predominante durante as entrevistas tinha relação com o medo, com o estresse, com as mudanças consequentes da pandemia e com a sobrecarga de trabalho, como observou também em sua dissertação Santos, 2021.

Além disso, a preocupação em adoecer ou transmitir a COVID19 para a família, e um certo pessimismo com os aspectos profissionais, o cansaço e a desmotivação diante da desvalorização de suas funções e da sobrecarga de trabalho interno, ficaram evidentes

nas falas dos trabalhadores quando perguntados sobre como tem sido ser agente comunitário durante a pandemia.

Apesar da hierarquia implícita do entrevistador com o entrevistado, não foi percebido constrangimento durante a entrevista. Assim, a linguagem corporal dos agentes comunitários apesar de apreensiva, indicava que estavam à vontade falando sobre o tema. Talvez, isso guarde relação com o vínculo e o tempo de trabalho em equipe entre o pesquisador e esses trabalhadores.

Outro aspecto importante a ressaltar é o fato de que durante a pandemia esses trabalhadores sentem a necessidade de falar e serem ouvidos, possivelmente devido ao sofrimento psíquico e ao adoecimento secundário ao aumento da demanda de atividades de trabalho e ao pouco controle ou autonomia para sua realização, desencadeando situações de estresse, de angústia, de medo, que precisam ser libertados, a fim de diminuir a pressão sobre esses trabalhadores. Parte disso, também foi observado por Santos, 2021.

Cabe ressaltar que nesta unidade de saúde, no momento, trabalham 20 ACS distribuídos em seis equipes. Destes, três são do gênero masculino e 17 do gênero feminino. Além disso, entre abril de 2020 e março de 2021, 8 ACS ficaram afastados das atividades laborais pois se enquadraram nos grupos de maior risco para a infecção por coronavírus, sendo uma ACS afastada devido período de licença maternidade.

Nesse sentido, os 12 ACS entrevistados, foram selecionados pois estiveram a maior parte do tempo da pandemia em suas funções. A participação foi voluntária, sem outros critérios de exclusão da amostra. Não houve retirada do consentimento e não houve perda de nenhum ACS durante a avaliação da amostra.

O tempo de entrevista variou entre 18 e 47 minutos, com média de aproximadamente 32 minutos. Seis entrevistas foram gravadas em 2 tempos, interrompidas e reiniciadas no mesmo momento devido aspectos técnicos do gravador e eventuais ruídos ou interrupções do ambiente externo da sala.

Tabela 1 – Tempo de Entrevista por ACS

<b>ACS</b>	<b>Tempo de entrevista</b>
Sol	0:29:59
Mercúrio	0:23:27
Vênus	0:21:43
Terra	0:32:01
Marte	0:36:35
Júpiter	0:18:48
Saturno	0:28:38
Urano	0:47:47
Netuno	0:22:25
Plutão	0:30:43
Lua	0:27:01
Tétis	0:20:19

Fonte: o Autor

Dentre os entrevistados, 11 são do gênero feminino e um do gênero masculino. Essa distribuição de gênero confirma a tendência de mulheres nessa profissão como é observado também em outros trabalhos (ANDRADE et al., 2018; SIMAS; PINTO, 2017).

Tabela 2 – Distribuição por Gênero

<b>Gênero</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
ACS Entrevistados	1	11

Fonte: o Autor

Possuem idade entre 29 e 59 anos, com média simples de 44 anos. Quatro se autodeclararam brancos, quatro pardos, quatro pretos. Em relação à escolaridade, cinco possuem o ensino médio completo, três possuem superior incompleto, três superior completo e um possui pós-graduação. Cabe ressaltar que a proporção de ACS com ensino superior e pós-graduação, encontra-se em uma situação de maior privilégio comparada com o encontrado em outros estudos (ANDRADE et al., 2018; SIMAS; PINTO, 2017)

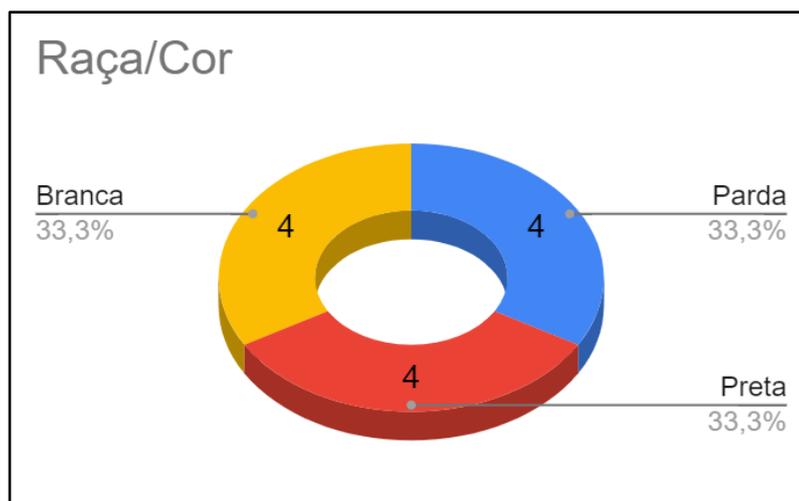


Figura 1 – Distribuição dos ACS por Raça/Cor

Fonte: o Autor

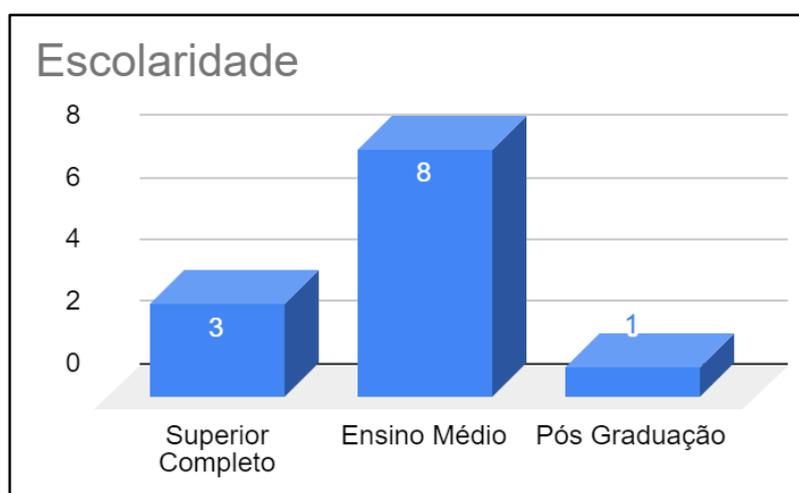


Figura 2 – Escolaridade

Fonte: o Autor

Em relação ao tempo de residência no bairro ou na proximidade, observa-se a variação entre 9 e 50 anos, com média simples de aproximadamente 29 anos de moradia no território.

Tabela 3 – Tempo de moradia no bairro e de trabalho na USF

ACS	Idade (anos)	Tempo que reside no bairro (anos)	Tempo de trabalho na USF (anos)
<b>Sol</b>	38	13	5
<b>Mercúrio</b>	34	34	9
<b>Vênus</b>	34	34	5
<b>Terra</b>	30	30	4
<b>Marte</b>	50	50	4
<b>Júpiter</b>	29	29	5
<b>Saturno</b>	33	25	6
<b>Urano</b>	39	11	9
<b>Netuno</b>	38	9	4
<b>Plutão</b>	59	40	9
<b>Lua</b>	46	46	7
<b>Tétis</b>	39	39	9
<b>Média</b>	<b>39</b>	<b>30</b>	<b>6</b>

Fonte: o Autor

Todavia, em relação ao tempo de trabalho na unidade de saúde, houve variação entre quatro e nove anos, com média simples de seis anos e meio. Além disso, nove ACS já trocaram pelo menos uma vez de equipe, entretanto, três nunca mudaram, sendo que dois destes ACS estão na mesma equipe desde a inauguração da clínica, há nove anos.

Vale ressaltar que em fevereiro de 2020, a cidade do Rio de Janeiro, atravessou uma mudança do modelo de gestão na Saúde, em que a organização social que geria a unidade foi substituída pela empresa pública Rio Saúde. Apesar do modelo de seleção pública (processo seletivo simplificado), o vínculo de trabalho se manteve formalizado pela CLT, e foram recontratados todos os ACS que manifestaram interesse em permanecer na função.

Isso revela um contraste comparado aos resultados encontrados em outras publicações (SIMAS; PINTO, 2017), em que a maioria dos agentes comunitários são concursados, contratados pela administração direta, vinculados como servidor público estatutário.

Anteriormente, desde a inauguração da unidade, a contratação era feita pela seleção promovida pelas organizações sociais, com vinculação do trabalho via CLT. Nesse período, houve uma organização intermitente de cursos introdutórios para os ACS. Nesse sentido, sete ACS referiram a realização do curso introdutório à estratégia saúde da família desde a inauguração da unidade, os demais aprenderam em serviço, sem passar por uma apresentação formal inicial. Não houve menção de realização de outros cursos de formação para ACS.

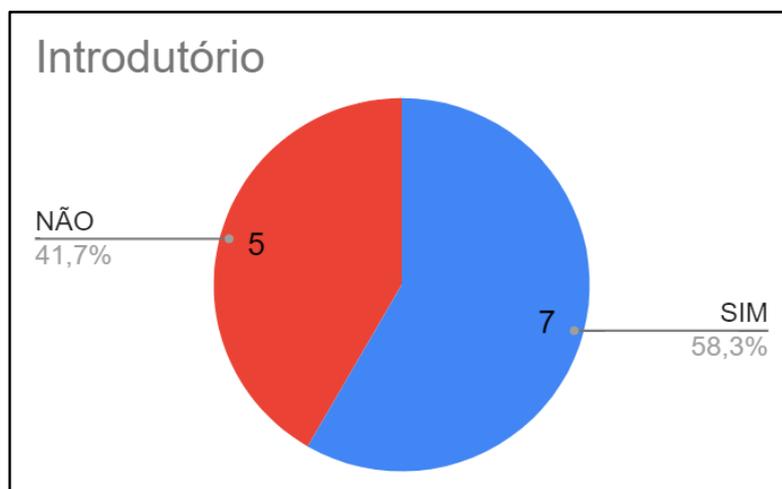


Figura 3 – Introdutório

Fonte: o Autor

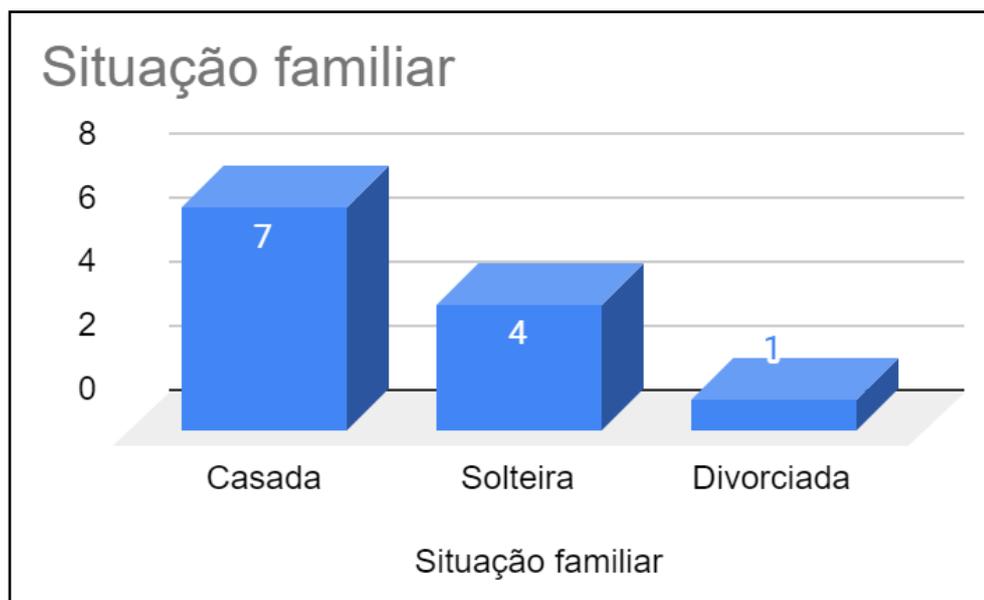


Figura 4 – Situação Familiar

Fonte: o Autor

Em relação ao estado civil, quatro ACS declararam -se solteiros, um divorciado e sete casados. Dentre eles, oito possuem filhos e quatro não possuem.

Por fim, dois ACS relataram o conhecimento prévio da função, e buscaram o ingresso na profissão orientado por informações de pessoas próximas. Ao passo que dois ACS se candidataram à vaga pois tinham uma afinidade pelo setor da saúde. Além disso, quatro estavam desempregados e aproveitaram a oportunidade de trabalho, sendo que dentre esses que estavam desempregados, dois estavam afastados do mercado de trabalho há mais de 20 anos. Finalmente, três ingressaram na função buscando proximidade de sua residência, horário comercial e flexibilidade para suas atribuições domésticas. Um dos ACS referiu desconhecer as razões que motivaram buscar essa função.

Portanto, pode-se perceber que a função de ACS é ocupada por pessoas que inicialmente desconhecem as atribuições desse trabalhador da saúde. E ainda, posteriormente, aprendem em serviço, sem formação específica para a função, ou a partir de cursos esporádicos. Outro aspecto que vale ressaltar é a da questão social, de gênero, escolaridade e raça, sendo uma profissão ocupada majoritariamente por mulheres negras, jovens, casadas, com ensino médio somente, conforme discutem Simas e Pinto (2017), que conciliam os trabalhos domésticos, estudos e o próprio trabalho de ACS, caracterizando pessoas de tripla jornada de trabalho. (DURÃO; MENEZES, 2016)

A organização e categorização das narrativas dos agentes comunitários ocorreu a partir da análise das entrevistas, observando-se a estruturação pensada conforme a metodologia. Primeiro, buscou-se a aproximação inicial entendendo a trajetória e a biografia desses trabalhadores e percebendo o vínculo estabelecido com o território. Posteriormente, seguiu-se para o eixo temático que aprofundou, com especial enfoque, o cadastramento e a orientação comunitária a partir das concepções sobre as atividades coletivas.

Além disso, a mudança do trabalho, afetado pela pandemia foi outro fator destacado nas entrevistas, ganhando uma seção dentro das categorias, bem como a devolutiva com os agentes comunitários, compartilhando a produção desses atores com eles próprios.

Durante a organização das entrevistas e a planificação dos resultados, procurando não identificar os agentes comunitários, escolheu-se codinomes de corpos celestes, fazendo referência às estrelas, visto que os agentes comunitários são os

protagonistas que compõem o SUS e a estratégia de saúde da família, fundamentais para a produção do cuidado em saúde no território.

As categorias selecionadas pelo autor emergiram das reflexões sobre as trajetórias e histórias apreendidas durante as entrevistas; da leitura das palavras escolhidas pelos participantes; dos indícios, expressões e das entrelinhas marcadas na linguagem verbal e não verbal; da escuta atenta e repetida dessas gravações; e da leitura e análise das transcrições.

Cabe destacar também que a leitura prévia dos documentos estudados teve um importante papel na categorização, visto que foi a partir do diálogo entre a teoria e a prática, que surgiram as inspirações para a seleção e organização das categorias explicitadas.

Portanto, a composição do método em quatro módulos, independentes e articulados, permitiu captar as versões singulares dos entrevistados, desvelando as informações obtidas a partir das falas, gestos e indícios, que se referenciaram também com a prática diária observada, permitindo a constante checagem de cada módulo.

## **7.2 Escolha, vocação ou oportunidade?**

O agente comunitário de saúde é um profissional que vive na comunidade. É parte da população cuidada pela equipe de saúde e a intersecção entre esta e a população do território. (SOUZA; OLIVEIRA, 2019) Esse profissional pode ser considerado um dos pilares da estratégia de saúde da família e da atenção primária à saúde, como é desenhada no Brasil. Entretanto, no cotidiano, observa-se que a estrutura do trabalho, a qualificação e o desenvolvimento profissional ficam à margem do potencial que esses trabalhadores podem desempenhar (RIQUINHO et al., 2017; MOROSINI; FONSECA, 2018), pois a seleção desses profissionais na cidade do Rio de Janeiro, possui dois principais critérios: residir no território e ter ensino médio completo.

Na prática, o agente comunitário realiza uma prova de conhecimentos gerais e submete-se a uma entrevista. Após esses dois momentos, sendo aprovado, transforma-se em ACS. Um dia dorme como pessoa da comunidade e no outro acorda como trabalhador do SUS.

*“Na verdade, quando eu me inscrevi para fazer a prova eu não tinha muita noção do que era. Aí passei, vim conhecendo o trabalho e acho que o trabalho é legal, importante... e me adaptei, gostei do que eu faço”. (Júpiter)*

Nesse sentido, o ACS entra em um cenário laboral que possui diversos fatores estruturais e conjunturais que tensionam e perpassam suas funções e atribuições estabelecidas na lei 10.507 de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de agente comunitário e fixa diretrizes para o exercício profissional (MOROSINI et al., 2020). Atualmente, as atividades dos ACS são regidas pela lei 11.350 de 05 de outubro de 2006 e suas atribuições são definidas nacionalmente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), tendo sido escrito um manual que, juntamente com o guia prático, detalha suas atribuições (BRASIL, 2009). Além disso, seu perfil de competências foi apontado em consulta pública realizada entre outubro e dezembro de 2003, após a revisão das atribuições definidas pelas Portaria/GM 1.886, de 18 de dezembro de 1997, e fixadas em decreto federal 3.189 de 04 de outubro de 1999. (BRASIL, 1997) Como se pode observar há uma série de normativas que instituem e regulamentam o trabalho, a função e as atribuições dos agentes comunitários de saúde

Outrossim, observa-se na prática que instâncias como a gestão municipal, a empresa pública RioSaúde, as organizações sociais que contratam, a gerência local, a supervisão da equipe de saúde da família, as organizações sindicais desses trabalhadores também ditam regras sobre o trabalho dessa categoria, tornando-se ainda mais complexa a definição, na prática, das atribuições, funções, atividades e tarefas dos ACS.

Portanto, nesse cenário complexo, o primeiro desafio que se deseja explicitar guarda relação com as diferentes dimensões que responder à pergunta: “o que é ser agente comunitário de saúde?” apresenta. E ainda, compreender junto a esses trabalhadores seus interesses e suas motivações, sua identificação com a profissão e sua identidade de ACS podem auxiliar no entendimento da atuação destes profissionais frente ao cuidado comunitário em saúde.

Nesse contexto, o debate sobre profissão, função, atribuições e atividades parece ficar à margem dos agentes comunitários integrantes na unidade que foi campo de pesquisa, visto que esses agentes comunitários entraram na profissão desconhecendo suas

atribuições e tarefas, pois simplesmente aproveitaram a oportunidade de trabalho, como fica claro na fala da maioria dos entrevistados.

*“Um dia resolvi, queria fazer alguma coisa... Eu vi no facebook aberto a inscrição para concurso de ACS. [...] Foi uma experiência muito gratificante pra mim pois era uma área totalmente diferente daquilo que eu conhecia...” (Marte)*

Alguns entrevistados participavam de grupos comunitários e achavam que ser ACS era ajudar as pessoas. Esse envolvimento com estratégias de mobilização coletiva os atraiu para associar o saber popular ao conhecimento técnico, como fonte de renda:

*“Na verdade, eu já participava de duas pastorais na Igreja, [...], que era um trabalho voluntário.” (Plutão)*

Alguns, inclusive, contaram sobre experiências prévias de trabalho com a comunidade na prevenção de doenças infecciosas como agente de endemias.

*“[...] fiquei lá 3 anos trabalhando como agente de endemias. Então eu comecei a falar com as pessoas e pensei em fazer a prova para agente comunitário”. (Tétis)*

Outros entrevistados conheciam superficialmente a função, pois pessoas próximas já haviam apresentado como era o trabalho.

*“Eu tenho um amigo[...] que era agente comunitário, [...]. Ele contou um pouco sobre como era, o que ele fazia, eu achei que iria gostar. Então eu fui começando a me aprofundar e teve a oportunidade de fazer a prova. Ele viu que ia abrir, ele me falou e eu fiz”. (Terra)*

Entretanto, a maioria dos trabalhadores entraram na profissão pela oportunidade da contratação em um cenário de desemprego e/ou afastamento do mercado de trabalho, como fica expresso nos trechos abaixo.

*“E eu já estava em casa parada há algum tempo e abriu prova pra fazer aqui nessa Clínica[...]. E nisso eu vi uma oportunidade de poder ajudar outras pessoas”. (Sol)*

*“[...] E eu estava em casa, sem fazer nada, e chegou um momento em que eu estava cansada porque eu queria fazer alguma coisa,*

*ser útil. [...]: eu fui comprar pão e vi que ia abrir uma vaga [para ACS]”. (Urano)*

Dessa forma, aproveitaram a oportunidade sem conhecer o que de fato era ser ACS. Não desejavam, ou conheciam, ou mesmo tinham alguma ideia sobre ser ACS. E ainda, havia aqueles que gostavam da área da saúde, do vínculo e do cuidado, acreditando que a função de agente comunitário de saúde fosse algo próximo dos cuidados de enfermagem. Isso ficou mais evidente quando o entrevistador perguntou: “Por que você escolheu essa profissão?”

*“Eu sempre fui ligada à área da saúde, [...] E eu sempre gostei muito de ajudar às pessoas, estava sempre ligada a isso, e eu achei uma ótima oportunidade de entender um pouquinho melhor, ajudar o bairro, e estar sempre envolvido”. (Saturno)*

Outro aspecto importante a ressaltar é que a identidade do ACS vai sendo formada em serviço, ao longo do tempo. O vínculo com o território, com as famílias e com os indivíduos, o sentido que o cuidado comunitário faz para a vida desses trabalhadores e o próprio trabalho em equipe vão moldando e transformando os conceitos e os preconceitos, e assim, o agente comunitário vai se identificando com a função e se apropriando do trabalho.

*“[...] Achava que ia lidar com feridas..., mas o agente de saúde é outra coisa. A gente lida com tudo. É um vínculo tão grande que a gente acaba gostando. Tem que gostar mesmo, porque se não...” (Mercúrio)*

Durante a faculdade ou mesmo um curso técnico, a pessoa gesta um conjunto de ideias, valores, aspectos técnicos, éticos e morais de sua profissão, antes mesmo de exercer a função. Diferente da profissão de ACS, que precisa desenvolver esses aspectos em serviço, executando sua atribuição, sem ter refletido sobre isso antes.

*“[...] Para ser sincera, não conhecia muito bem o que era, não sabia nem muito bem onde era a Clínica, [...]. E fiz com a cara e a coragem, fui chamada e fui aprendendo no dia a dia o que era. Literalmente eu aprendi depois que eu entrei o que era a atenção primária”. (Netuno)*

Além disso, existem pressões a serem equalizadas, pois a indefinição ou o desconhecimento das definições sobre a função desses trabalhadores podem fragilizá-los a executar ações, que às vezes não possuem sentido, diante de suas concepções sobre o trabalho, ou divergências de orientações. Desse modo, os ACS recebem a profissão, entretanto desconhecem sua função. A partir do treinamento em serviço começam a entender o trabalho e suas atribuições. Assim, vão moldando suas atividades a partir do contexto prático, nem sempre qualificados ou em meio à possibilidades de aprimoramento de forma uniforme, regular e sistemática.

*“Mas depois eu fui entendendo, depois de dois anos eu fiz o Introdutório e foi aí que comecei a entender. Porque no começo eu não entendi muito bem. Foi: Oh! Aquela ali é sua área, a gente se apresentou, mas eu não entendi muito bem. Aí depois conforme o tempo vai passando a gente vai entendendo, os cuidados, os acompanhamentos a fazer, etc”. (Lua)*

Portanto, pode-se observar que os agentes comunitários de saúde dessa unidade foram pessoas que aproveitaram a oportunidade de trabalho considerando suas expectativas, suas necessidades, sua estrutura familiar ou suas vocações. Além disso, a maioria dos entrevistados não conhecia previamente a função e não entendia ou participava do debate sobre os desafios regulatórios da profissão, sobre o repertório de competências estabelecidas, pois não passaram por um curso de formação técnica, e nem mesmo por um introdutório, para ser agente comunitário de saúde.

### **7.3 Vínculo e vida no território: hoje cadastrado, amanhã ACS.**

Os agentes comunitários de saúde são trabalhadores que possuem vínculo com o território. Isso fica evidente quando se traça a história de vida deles. São pessoas que viviam na comunidade ou no seu entorno, e que de alguma forma pensam na sua contribuição comunitária.

O trabalho do ACS é voltado para seus vizinhos, pessoas que eles reconhecem com empatia, pois estão próximo de sua realidade. Dormem e acordam com esses usuários nos seus portões, nas suas mentes, nas suas preocupações. (SOUZA; OLIVEIRA, 2019)

Essa vida no território, essa vinculação com as pessoas, com o bairro, fica explícita ao observar-se principalmente: o tempo de moradia no território; as escolas que frequentaram em sua infância; as relações estabelecidas com as pessoas do bairro; a vinculação de suas famílias com a origem do bairro; a participação desses familiares na construção dessa vizinhança; e os indícios sobre o orgulho demonstrado por esses trabalhadores em morar nessa comunidade. Esses são fatores que podem explicar o vínculo de trabalho comunitário e muitas ações desses ACS.

*“Meu avô era funcionário do exército e veio para cá. [...] a minha avó sempre morou aqui desde que minha mãe tinha 15 anos de idade. Minha família fez parte da construção do [bairro], morou desde quando o condomínio foi criado”. (Urano)*

*“Fui um dos primeiros moradores daqui. Meu pai foi um dos primeiros moradores da rua”. (Tétis)*

Portanto, a história de vida desses trabalhadores, possivelmente conformam suas funções, atribuições e comprometimento com a identificação profissional. Esse desejo de transformar suas realidades com o foco no indivíduo, na família e na comunidade são fatores que, de fato, colocam esses agentes comunitários no pilar da estratégia de saúde da família e da atenção primária à saúde, pois esses trabalhadores podem capilarizar o cuidado, a partir do conhecimento do território, do agenciamento das necessidades das pessoas e famílias e com o trabalho em equipe, associando dois universos culturais: o do saber técnico e do saber popular.

Cabe ressaltar que com a pandemia, houve grande impacto na vida e na saúde desses trabalhadores, que acompanham famílias em luto, muitas vezes, suas próprias famílias, ou dos seus cadastrados, isto é, pessoas adscritas nas microáreas que estão sob a responsabilidade sanitária de uma equipe e especificamente de um determinado ACS.

As mortes decorrentes da infecção por coronavírus, trouxeram o medo, a angústia, o afastamento e o realinhamento da atuação dos ACS. Isso porque as visitas domiciliares, principais ferramentas dos agentes comunitários, ficaram restritas. Além disso, o afastamento dos trabalhadores em risco sobrecarregou os demais com funções administrativas e internas. Isso teve um impacto direto na organização do trabalho do ACS, visto que algumas equipes, por exemplo, ficaram com somente um agente comunitário durante a pandemia, como fica evidente no trecho a seguir:

*“Muito difícil a gente chegar na casa de uma pessoa e morreu a família toda. Muito triste. De a gente chegar na casa de uma pessoa e a pessoa estar apavorada. [...] A gente chegar na casa de uma pessoa e as pessoas desempregadas, sem ter o que comer dentro de casa. As mães quase enlouquecendo com os filhos dentro de casa. As crianças todas deprimidas, porque quer ir pra escola, quer ir brincar, que ir para a rua. Esse período que eu fiquei, na minha equipe, fiquei sozinha durante um ano e um mês.”. (Plutão)*

Apesar desses sentimentos negativos, desesperança e baixo astral, houve grande resiliência desses trabalhadores, que foram se reajustando às novas demandas do trabalho, utilizando os recursos virtuais, a proteção individual como o uso de máscaras e constante lavagem das mãos, a visita domiciliar em situações prioritárias, o trabalho em equipe para cobrir as áreas com ausência de ACS, a percepção do luto familiar, do empobrecimento, dos fatores sociais decorrentes da pandemia, que determinaram novas e criativas ações.

Nesse período, alguns autores discutiram a importância do papel do ACS nos territórios, como no desenvolvimento das ações de vigilância, fundamentais para diminuir a transmissão comunitária; na identificação de pessoas em situações de risco, no apoio ao tele monitoramento dos casos sintomáticos suspeitos de COVID19; no suporte às famílias e pessoas mais vulneráveis; na articulação interinstitucional e intersetorial, entre outras atribuições no combate à pandemia. (REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ABRASCO, 2020)

Nesse sentido, os ACS esboçaram resiliência ao encontrarem energia para manter suas atuações em diversas situações, como por exemplo: iniciaram uma campanha de doação e redistribuição de cestas básicas para pessoas em situação de insegurança alimentar; mantiveram o acompanhamento dos beneficiários do bolsa família; realizaram o acompanhamento e monitoramento das pessoas com sintomas respiratórios, principalmente, os casos graves de cada equipe, seja do ponto de vista clínico, quanto de saúde mental; participaram das visitas técnicas com os médicos ou enfermeiros; entre outras atividades que foram mantidas apesar das tragédias documentadas no território.

Vale ressaltar que a pandemia reaproximou esses trabalhadores entre si, os motivou a encontrarem sentido no trabalho, modificou a atenção desses profissionais às

peças e famílias adscritas, e aguçou o olhar às questões sociais e comunitárias enfrentadas no território.

#### **7.4 Os encantos e desencantos: entre a gratidão e a exaustão**

Atuar como agente comunitário possui certamente grandes desafios e muitas vantagens. Uma dessas vantagens é a retribuição e a gratidão das pessoas cujas necessidades são atendidas. Ser agente comunitário de saúde é também agenciar pessoas em suas demandas, junto à equipe técnica. Nesse sentido, estão atentos às necessidades de saúde individuais e coletivas que vão além do técnico, da doença, ou do risco, na direção do humano, do sofrimento e da vulnerabilidade.

Outro fator recompensador é perceber que se atua promovendo a saúde, a qualidade de vida e prevenindo agravos, com organização, planejamento e ações em saúde de apoio ao indivíduo e a família. Além disso, conhecer as pessoas permite que se tenha informações privilegiadas que auxiliam no cuidado dessas famílias no território.

Os trechos abaixo refletem as vantagens percebidas pelos ACS em sua prática diária, desde o acolhimento na recepção da unidade, até o vínculo estabelecido com as famílias visitadas em seus domicílios:

*“Muitas, né? Assim... já começa ali na frente quando a gente é bem tratado já dá uma alegria.” (Sol)*

*“Eu acho muito gratificante quando você tem essa proximidade, você está dentro da casa de alguém. Acho muito legal, estar dentro de um lar que não conhecia e a pessoa te trata de um jeito como se você fosse da família. Então você acaba tendo um pouquinho de família em cada lugar que você vai”. (Saturno)*

Essa atuação dos ACS apoiando, auxiliando, agenciando seus cadastrados, traz uma recompensa micropolítica e uma satisfação frente à resolutividade. Além disso, a dinâmica da profissão, a diversidade de situações com que esses trabalhadores convivem, e o relacionamento que estabelecem entre si, ensinam, motivam, e fortalecem o

profissional, sem entrar numa rotina, num padrão, ou num enfado. Isso fica expresso no trecho abaixo, por exemplo:

*“É muito dinâmico. Nenhum dia é igual ao outro. Nenhum cadastrado é igual ao outro. Cada um tem um jeito, uma humanidade específica. Nenhum cadastrado que passou por mim e que não está mais comigo, que já se mudou ou que faleceu, é igual ao outro. Tudo é muito dinâmico. E eu gosto muito disso”.*  
(Terra)

Outro aspecto muito relevante é a flexibilidade de atuação dos ACS, que podem, em um mesmo dia, fazer papel administrativo, visita domiciliar, acolhimento da população, apoio à equipe técnica frente ao cuidado, apoio na vacinação, ações comunitárias, entre outras funções. É um trabalhador valioso que atua na unidade de saúde em diversas frentes, possuindo plasticidade, alinhado às necessidades contemporâneas dos serviços de atenção primária à saúde e do território adscrito.

*“Nossa flexibilidade e a mudança de rotina. Eu gosto disso. Hoje tô no acolhimento, amanhã tô em visita, amanhã tô em coleta, amanhã tô em outro lugar. Eu gosto dessa diversidade e não fazer a mesma coisa todos os dias”.* (Vênus)

Vale ressaltar que outra vantagem para os agentes comunitários de saúde é a proximidade física onde moram e onde trabalham. Nesse sentido, atuam perto de seu domicílio, tiram seu horário de almoço em suas casas, evitam o trânsito da cidade, participam de suas rotinas domésticas, acompanham seus vizinhos e familiares, flexibilizam seus horários para manutenção dos estudos, entre outros fatores atrativos dessa profissão. Isso fica expresso no fragmento abaixo:

*“A maior vantagem é que estou ao lado da minha casa e consigo participar da formação e educação da minha filha, que hoje é o meu maior privilégio. [...]. Sem contar que o gasto, se eu fosse colocar na balança, eu ficaria, porque eu teria que colocar alguém para tomar conta dela, teria que me deslocar de passagem [...]”.* (Urano)

Entretanto, por outro lado, o agente comunitário encontra-se numa interface de mediação institucional que muitas vezes limita, restringe, ou bloqueia o acesso às demandas da população. Isso fragiliza esses trabalhadores, que ficam no ponto nevrálgico entre o acesso e o não acesso, já que diante dos desafios do SUS, não se tem uma resposta sempre satisfatória para todas as demandas que chegam a uma unidade de saúde em um determinado dia. (RIQUINHO et al., 2017)

*“[...] quando a gente não consegue o atendimento pras pessoas e elas ficam chateadas, não só no acolhimento, mas porque a gente cria um vínculo com o paciente. Eles acham que é a gente que está negando, dentre outras coisas”. (Sol)*

Nesse sentido, esses trabalhadores sofrem violência daqueles cadastrados insatisfeitos com sua atuação, ou mesmo com os fluxos das equipes e da unidade. Esses atos violentos ocorrem na recepção, no território, em seus telefones pessoais, em suas casas, ou em seus horários de descanso. Além disso, geralmente, o ACS é um trabalhador subvalorizado pela população adscrita, algumas vezes, por ser vizinho, outras vezes por representar uma instituição pública de saúde que tem seus desafios, e não deve se organizar a partir do favorecimento, e sim, do princípio da equidade.

Outro fator que contribuiu para essa desvalorização foi a precarização sofrida nos últimos anos pelos serviços de APS no Rio de Janeiro, como fica evidenciado no fragmento a seguir:

*“Agora, a gente conta com muitos problemas, infelizmente. A gente não vem sendo muito valorizado. Entrei já em uma época não muito valorizada, então a falta de insumos, de material, excesso de trabalho são coisas que infelizmente a gente está passando”. (Netuno)*

Dessa forma, os agentes comunitários representam muitas vezes o “não institucional”, que traz insatisfação para o cadastrado menos entendido da importância política dessa atuação para o setor da saúde. Isso foi agravado pelo contexto atual de congelamento de gastos na saúde, proposta de mudanças no financiamento do SUS, os desinvestimentos durante os últimos quatro anos de gestão municipal, com os contingenciamentos do orçamento da saúde, entre outros fatores que contribuíram para a precarização da estrutura da unidade.

Ao mesmo tempo, a falta de manutenção predial, o desabastecimento de insumos, os atrasos salariais frequentes, além da redução de equipes de saúde da família e de trabalhadores, mantendo a mesma adscrição de território, prejudicaram o acesso à saúde e a satisfação do usuário. Isso porque a qualidade do serviço de saúde não acompanhou a sobrecarga dos agentes comunitários com mais pessoas adscritas sob sua responsabilidade sanitária, o aumento da frequência da unidade diante do empobrecimento, da ausência de trabalho e da perda dos planos de saúde, e devido a pandemia, que restringiu a atuação das equipes de saúde e os fluxos da unidade.

Desse modo, esses desafios interferiram na atuação do ACS, na qualidade do serviço, e na satisfação do usuário, como eles relataram nos seguintes trechos:

*“Quais são os desafios dessa função? O que a gente está vivendo todos os dias. O desmonte, a política... tudo isso é um desafio”.*  
(Vênus)

*“Talvez eu tenha ficado desmotivada de um tempo pra cá justamente porque teve muita redução de equipe, a gente ficou muito preso aqui dentro e acaba não fazendo as visitas como fazia no início, por exemplo, que eu estava na rua direto. E a gente acaba não tendo muito vínculo com as pessoas”.* (Terra)

Por outro lado, a manutenção de alguma qualidade do serviço prestado, mesmo diante das dificuldades, é aquilo que faz a população confiar e procurar a atenção primária, sua referência de cuidado. Outrossim, o vínculo com o território, a confiança das pessoas, o comprometimento das equipes, o programa de residência médica e de enfermagem formando profissionais com excelência, e ainda, com agentes comunitários de saúde vinculados, comprometidos e atentos, também aumentam a frequência à unidade, trazendo dificuldades ao acesso no acolhimento, no acompanhamento das famílias, na vigilância em saúde, nas ações em saúde no território, e em outros aspectos do cotidiano.

Essa complexa equalização entre a frequência, a identificação das necessidades em saúde, a priorização segundo o risco e a vulnerabilidade, certamente acrescenta um grande desafio à função do ACS em uma equipe de saúde da família, como expresso abaixo:

*“A desvantagem que eu vejo é o que a gente sente no dia a dia. Nem sempre a gente consegue resolver tudo. Nem toda hora a gente consegue agradar todo mundo. No sentido de conseguir resolver e dar uma resposta positiva. Para a pessoa sair satisfeita ou com a esperança de que aquilo vai ser resolvido.” (Marte)*

Outro aspecto dessa desestruturação, foi a sobrecarga de trabalho burocrático e de atendimento sobre o ACS, o deixando mais afastado do território, sua ferramenta de trabalho, pois desempenham funções internas na dinâmica da unidade de saúde que se sobrepuseram. Isso ficou ainda mais evidente durante a pandemia, que o sobrecarregou ainda mais com as funções internas, exponenciado na campanha de vacinação contra o COVID19, visto que os ACS também são os elementos que estruturam esse processo de trabalho, participando da orientação, da escriba e da alimentação do sistema de informações. (SANTOS, 2021)

Vale lembrar também que defender o SUS é uma “luta contra a corrente” diária. É uma resistência. Atuar sob condições nem sempre ideais, e ter que desenvolver um trabalho de excelência exige muito das equipes e dos ACS. Nesse sentido, a interferência constante da gestão cobrando metas inalcançáveis, multitarefas e sem dar as condições necessárias, burocratizando o processo de trabalho, colocam os agentes comunitários e a equipe de saúde da família diante de um enorme desafio injusto, prejudicando em última análise o cuidado das pessoas e das famílias em detrimento das exigências de indicadores, metas, fichas, alimentação do sistema de informação, entre outros aspectos. Além disso, as mudanças políticas e as mudanças de direção do processo de trabalho, também tornam o trabalho na APS desafiador, como fica evidente no trecho abaixo:

*“O maior desafio, muitas vezes, é trabalhar sem recurso. Sem recurso, depender do governo, [pois] dependendo do governo a coisa funciona melhor, [e quando] muda o governo a coisa pode desandar. Esses são os maiores desafios. [...] (Urano)*

Portanto, as desvantagens dessa profissão são inúmeras, sendo necessários motivação, resiliência e responsabilidade para atuar diante da estrutura e do processo de trabalho que se impõem na APS. Contudo, cabe ressaltar que o privilégio de lidar com a saúde das pessoas e o processo de adoecimento no início, em que a ação do ACS pode modificar o curso e o desfecho da doença da pessoa, e o ganho que isso pode trazer para

a família é uma das premissas que fazem os agentes comunitários valorizarem seu trabalho. Essa atuação primária, cuidadosa, que muda, e que transforma a vida das pessoas é recompensadora. Isso fica evidente no fragmento abaixo:

*“[...] a prevenção... Manter-se bem antecipado. Porque o que pode acontecer a gente consegue ver antes e isso ajuda muito. Além da gente criar laços com os cadastrados e pacientes, a gente consegue ajudar. E tem uma outra vantagem. A gente é morador do bairro, então a gente conhece muita gente, não só da nossa área. Um caso que eu não conheço um outro amigo meu pode conhecer”. (Mercúrio)*

*“[...] uma das vantagens é trabalhar com a prevenção na saúde, o que é o nosso alicerce. A grande vantagem é essa. Tentar que a pessoa não fique doente, ou mais doente. [...]”. (Plutão)*

### **7.5 A arte de cuidar: aprendizado, desenvolvimento e autonomia**

Durante a formação profissional há ciclos de desenvolvimento. Aprende-se o básico e o profissionalizante. Além disso, constrói-se o pensamento ético da profissão, e são vividas crises fundamentais para se consolidar a identificação profissional. Nesses períodos, é testada a perseverança da pessoa para continuar por aquele caminho profissional. É durante a formação que se percebe também a adequação àquela função que se realiza. Ou mesmo, vislumbra-se que áreas combinam mais consigo e direciona-se o caminho a seguir.

A profissão do agente comunitário possui uma formação específica em nível técnico com pouquíssimas vagas no cenário carioca. Desse modo, o desenvolvimento profissional se dá em campo de trabalho. Algumas vezes, com um curso introdutório, inicial, curto, superficial, pontual, e insuficiente para formar um ACS diante da complexidade de suas funções. Outras vezes somente com a educação continuada e a formação em serviço, que também não corresponde à importância desses profissionais no cuidado em saúde. Isso fica evidente nos trechos retirados das entrevistas:

*“Na verdade, eu não fiz nenhum curso. Aprendi a ser agente comunitária trabalhando.” (Urano)*

*“No dia a dia fui aprendendo no acolhimento e depois fui fazer o introdutório. Ainda fiquei muito perdida pois era muita coisa para agregar em poucos dias. Mas no dia a dia a gente vai aprendendo o que é o acolhimento, o que é uma visita domiciliar, para que serve um ACS”. (Vênus)*

Existe a expectativa que a equipe de saúde deve supervisionar as ações, funções, atribuições dos ACS, e trabalhar na perspectiva formativa, em que a equipe técnica (médico e enfermeiro), semestralmente, deve realizar essa avaliação. Evidentemente, esse instrumento pensado pela gestão, possui parâmetros voltados para o cumprimento de tarefas selecionadas como prioridades para o gestor. Contudo, é possível que esses instrumentos de avaliação não façam referência às competências estabelecidas para os agentes comunitários e nem mesmo com a política nacional de atenção básica, ou as atribuições definidas no guia prático para o ACS. (MARINHO; BISPO JÚNIOR, 2020)

Nesse sentido, o curso introdutório e as avaliações semestrais são insuficientes também para qualificar o trabalho dos agentes comunitários, sendo necessárias novas estratégias que contribuam para a formação desses trabalhadores. São necessários espaços de reflexão, exposições dialogadas, problematização voltados para as situações cotidianas que são experimentadas diariamente na unidade de saúde, com o objetivo de preencher as lacunas deixadas pela formação insuficiente, pelo introdutório pontual e pela dinâmica acelerada do serviço de saúde.

*“E aprendi com meus amigos, com meus colegas no dia a dia, com toda a equipe”. (Netuno)*

*“Fiz o introdutório... Foi ótimo, né, porque a gente aprendeu muita coisa que a gente nem imaginava o que era o SUS. Depois a gente foi ver na prática que realmente a gente sabia só de nome. Viver mesmo o SUS a gente está vivendo agora”. (Tétis)*

Dessa forma, pensar com a categoria um conjunto de atividades profissionais práticas, com objetivos pedagógicos e metodologias ativas voltados para a formação do ACS no contexto urbano, é fundamental para qualificar esses trabalhadores, com uma

aprendizagem significativa e com sentido, voltado para os desafios iminentes que se colocam no SUS.

Portanto, é preciso pensar quais constelações de conhecimento, habilidade e atitudes formam a matriz de competências dos ACS e depois seguir os passos da reorientação dessas competências de forma prática, aplicada à realidade profissional, numa perspectiva de educação permanente, com desenvolvimento de estratégias de aperfeiçoamento em conjunto, ampliando a qualidade e as ferramentas de trabalho dos agentes comunitários em saúde. (SAMUDIO, 2017)

Outro aspecto relevante é a dificuldade de se estabelecer um perfil profissional de agente comunitário. Como avaliar durante a entrevista de seleção o conjunto de conhecimentos, experiências, formação profissional, atuações prévias, referências anteriores, habilidades e predisposições, para a contratação do ACS? (MOTA, 2010) Será que apenas o ensino médio e morar no território seriam critérios adequados? O que seria necessário para um candidato à vaga de agente comunitário em saúde? Qual a uniformização desses critérios pode ser possível, afim de se constituir um perfil profissional de agentes comunitários? (SIMAS; PINTO, 2017) Como identificar os pré-requisitos necessários para a função de ACS? São perguntas difíceis de responder, diante da realidade complexa dos serviços, do pouco espaço para a educação permanente, da singularidade das necessidades do território, e da insuficiente quantidade de vagas dos cursos de formação específicos para agentes comunitários, que não atendem à necessidade da ESF no Rio de Janeiro.

Ainda assim, cabe ressaltar que se tem uma geração de ACS na cidade do Rio de Janeiro, a qual pode ser espelho para novas gerações, seja como supervisores, professores, monitores ou facilitadores. É necessário priorizar a definição de perfil dessas pessoas, oferecer formação adequada e educação permanente processual, com o objetivo de qualificar a função e o cuidado prestado por esses trabalhadores no âmbito do SUS, da APS e da ESF. (MARINHO; BISPO JÚNIOR, 2020)

## 7.6 Trabalho em equipe: entre as normas e a prática

Trabalhar na saúde é trabalhar em equipe, pois diante de problemas tão complexos quanto aqueles que se apresentam na APS, somente os diversos olhares e a atuação interprofissional podem alcançar o objetivo de cuidar das pessoas, das famílias e da comunidade.

Nesse sentido, os agentes comunitários estão interligados a uma equipe de saúde da família e por si só atuam em conjunto com os componentes dessa equipe. Isso fica claro durante o cotidiano da unidade e parece que durante a pandemia houve maior aproximação e apoio entre os profissionais. Sabe-se que diante de dificuldades a união e a colaboração mútua fazem a força. Desse modo, os agentes comunitários durante a pandemia reforçaram os valores do trabalho em equipe para superarem as dificuldades, demonstrando a resiliência da categoria. (SANTOS, 2021). Isso fica expresso em:

*“Nesse momento de pandemia a gente está bem unido, né. Acho que está tendo um companheirismo melhor. A gente tenta não ficar brigando muito. Um entende o outro, um ajuda o outro”.*  
(Sol)

*“Eu sou o tipo de pessoa que gosta de trabalhar em equipe. Eu acho que uma mão ajuda a outra. Às vezes eu não conheço, mas uma outra amiga pode conhecer. [...] quando ela [a equipe] está completa acho que o trabalho funciona”.* (Mercúrio)

Outro aspecto importante é que o trabalho funciona muito melhor quando em equipe. A parceria é fundamental para os ACS seguirem na missão institucional de proporcionarem cuidado às pessoas do território. Sem dúvidas existem dificuldades, pessoas com ideias diferentes e posições diferentes frente às adversidades. Mas, de forma geral, são dificuldades que podem ser suplantadas a partir da empatia e da tolerância.

*“[...] eu hoje em dia tô numa equipe que eu me encontrei profissionalmente com as minhas colegas de equipe. Meu território é bem longe, eu gostaria de um território mais próximo, mas o que me segura é a minha equipe, pois eu sei que é uma equipe boa de trabalhar, tranquila...”.* (Vênus)

Além disso, o trabalho durante a pandemia aumentou para todos, e todos tiveram que manter o compromisso e a responsabilidade com mais afinco, visto que qualquer ausência é sentida num momento complexo como o atual, com menos trabalhadores e sobrecarga de função. Nesse sentido, a sensação de que todos estão no mesmo barco, desenvolveu um clima organizacional de união, empatia e apoio mútuo. É verdade também que o amadurecimento dos agentes comunitários nos últimos anos permitiu o reconhecimento dos limites do cuidado destes e do olhar compartilhado do cuidado com a equipe técnica. (MARINHO; BISPO JÚNIOR, 2020) Isso porque sabem melhor aquilo que os integrantes da equipe podem fazer de melhor, permitindo uma gestão de clínica ampliada muito importante para o cuidado das pessoas. Como observado no trecho:

*“Mas o lado muito positivo que eu vi nisso tudo foi a resiliência que nós tivemos dentro da nossa equipe, dentro da [unidade], dentro de cada equipe aqui. Eu tive muita força da minha equipe, muita conversa. A gente os ouvia, eles ouviam a gente. Se não fosse isso tudo, essa família que a gente acaba construindo aqui dentro, esse respeito, esse diálogo, essa percepção de ver quando o outro não está bem, e chamar para conversar... eu acho que a gente não conseguiria trabalhar em equipe e ser agente comunitário, fazer todas as funções que a gente tem que fazer, cobrir os amigos que estão afastados. Eu acho que funcionou bem. Claro que teve muita perda, emocional, psicológica, a gente ficou bem abalado com tudo isso. Demora um pouco para a gente se recompor, mas a gente está prosseguindo”.* (Saturno)

Cabe ressaltar que o trabalho em equipe é ensinado a partir dos exemplos, do melhor entendimento das funções dos integrantes das equipes, seja do médico, enfermeiro, técnico e ACS. O espaço estratégico que esse processo é desenvolvido semanalmente são nas reuniões de equipe e na reunião geral, onde ocorre o planejamento das ações em saúde, as discussões do funcionamento, dos fluxos e dos casos, bem como a participação dos trabalhadores na organização da equipe. Foram espaços estratégicos mantidos apesar da pandemia, nos quais houve alinhamento de informações, maior envolvimento das equipes e das pessoas em torno da missão institucional nesse período tão delicado. Desse modo, os trabalhadores se envolveram com maior comprometimento

com suas funções, se retroalimentando positivamente, como pode ser identificado no trecho abaixo:

*“Quando você tem uma equipe que chega junto, todo mundo trabalha, todo mundo coloca a mão na massa, todo mundo faz tudo que tem que fazer e não só fica sentado dando ordens do que tem que fazer é muito bom.”. (Terra)*

É nas reuniões de equipe que se analisa o processo, reavaliam-se as ações e reajustam-se as metas. É também a orientação da missão institucional que alinha os vetores em prol do cuidado das pessoas. Nesse sentido, é fundamental a percepção dos ACS sobre o trabalho em equipe desenvolvido cotidianamente, como se pode entender a partir do trecho:

*“[...] a gente já leva uma pauta, já leva o que quer, os agentes já levam o que quer dizer, o que tem que melhorar, o que aconteceu em uma visita que a gente fez. Então eu acho importante a reunião de equipe. Melhorou devido a gente ter mais esse controle, de não fazer mais uma reunião de equipe desorganizada, que não tinha uma diretriz. Hoje tem uma diretriz. Então eu acho muito importante e, em relação à equipe, eu acho que tento estar sempre em conjunto, tentando fazer o meu melhor”. (Plutão)*

*“Como toda equipe tem sim aquelas coisas contraditórias, a gente tem umas discussões, mas eu acho que a equipe funciona, porque sempre que a gente precisa, a gente consegue entrar em um senso comum, a gente consegue tudo em prol do paciente, a gente lida bem com isso. [...] eu acho isso muito importante para o convívio”. (Saturno)*

Contraditoriamente, a participação e o envolvimento desses trabalhadores são inconstantes e por vezes variáveis. O protagonismo fica muitas vezes em segundo plano. Isso fica evidente quando se observa que as reuniões de equipe ficam dependentes da coordenação do médico ou enfermeiro. Dificilmente observa-se uma reunião organizada pelos próprios agentes comunitários. Muitas vezes, quando se trata de assuntos pertinentes somente à categoria, ainda assim, eles convocam a participação de alguns

membros da equipe técnica, sob o pretexto da dificuldade de entrarem em consenso ou mesmo dialogarem.

Talvez isso guarde relação com a heterogeneidade do grupo, com a dificuldade de tolerância aos pensamentos divergentes, com os conflitos e relações interpessoais desgastadas no ambiente de trabalho ao longo do tempo, da pouca experiência em lidar autonomamente com os problemas que se impõem a uma organização de saúde, dificultando a formação de uma categoria mais unida.

Portanto, apesar do trabalho em equipe ser muito valorizado pelos agentes comunitários, quase sempre ocupam um papel coadjuvante no processo de organização, de coordenação e de decisão das ações em saúde. Ainda sim, é nos momentos de crise que nos é revelado o quanto podemos contar com esses trabalhadores, que se modificam, que se superam, que se dedicam a realizarem o trabalho em prol da comunidade e em defesa do SUS, consolidando a importância da sua função e do seu saber para o serviço de saúde.

### **7.7 A ruptura pós-COVID19: medo, sobrecarga e luto**

A pandemia impactou de forma muito contundente o processo de trabalho da APS, inclusive, o trabalho do agente comunitário de saúde. Primeiramente, a mudança do modelo de gestão, poucos dias antes de identificarmos o primeiro caso suspeito de COVID19 no território, trouxe a sensação de insegurança e impactou nos recursos humanos da unidade, tendo alguns profissionais solicitado desligamento, e por isso não foram recontratados.

Posteriormente, a mudança do fluxo de acolhimento, as suspensões iniciais das visitas domiciliares, a reorientação constante do processo de trabalho, os primeiros pacientes graves atendidos na unidade, entre outras situações trouxeram o medo, a angústia e o estresse a todas as categorias profissionais, em especial os ACS. No trecho abaixo, pode se evidenciar o sentimento desses trabalhadores:

*“É difícil. No começo eu tive bastante medo de adoecer. De morrer, de levar para meus familiares. Foi bem difícil. Agora com a vacina me sinto um pouco mais confortável. Mas nem*

*tanto... sem contar que a demanda aumentou bastante, os fluxos mudaram e a gente tem que ficar se adequando todo dia a uma regra, uma realidade diferente...”. (Júpiter)*

Com o avanço da primeira onda de casos na pandemia, decisões judiciais afastaram os ACS com fatores de risco, sobrecarregando ainda mais aqueles que permaneceram na linha de frente do cuidado às pessoas e às pessoas com COVID19, visto que não houve reposição desses afastamentos. Essa sobrecarga ficou mais evidente com a escala de trabalho interno voltado para o acolhimento da unidade, os aspectos burocráticos da atualização dos cadastros, do acompanhamento por tele monitoramento dos sintomáticos respiratórios, das visitas com a equipe técnica nas pessoas e famílias prioritárias devido risco e/ou vulnerabilidade.

*“[...] fiquei um período longe da minha mãe. Eu ia do trabalho pra casa. Meu filho ficava na minha mãe, eu não via minha mãe, não via meu filho. Chegava em casa exausta. Até hoje, porque ainda hoje nesse período a gente está trabalhando 5 vezes a mais, porque uma parte dos funcionários não estão. Então se somos 30, estamos trabalhando em 10, 9. Então estamos trabalhando muito mais”. (Mercúrio)*

Outro aspecto angustiante foi o luto pelos familiares. O medo de transmitir o vírus em casa para seus familiares, o distanciamento inclusive dos colegas de trabalho e os novos comportamentos que não permitiam o contato próximo, o abraço, o aperto de mãos, as confraternizações, as resenhas e outros aspectos que fortalecem o autocuidado dos trabalhadores.

Além disso, as consequências da pandemia e o desgaste sobre a saúde mental dos trabalhadores têm sido relatados em diversos cenários e ficou evidente também na unidade campo da pesquisa. (SANTOS, 2021). Foram realizados grupos de autocuidado para os profissionais da unidade com práticas de alongamento, rodas de conversas, entrevistas para avaliar a sobrecarga sobre a saúde mental, e outras estratégias para fortalecer esses trabalhadores. No trecho abaixo, encontra-se resumido os sentimentos dos ACS em relação a esse momento pandêmico:

*“Terrível... tá muito cansativo e exaustivo... muito... Porque estamos em menor quantidade... Esse coronavírus... se a gente*

*não morrer de Corona a gente vai ficar com problema mental... porque a gente acha que está com Corona. [...] são colegas afastados e a carga de trabalho aumenta... muita coisa que desanima que você não tem uma equipe formada, aí você vai para rua fazer visita para dar qual resposta para o cadastrado? Esse momento tá bem complicado”. (Vênus)*

Contudo, o desgaste, os traumas, as perdas são irreparáveis. Os óbitos das pessoas do território que acompanhavam, conheciam as histórias, as famílias, e subitamente, a ausência. Essa carga emocional negativa é algo que ainda está em elaboração na mente dos trabalhadores.

*“Tem cadastrado que mora sozinho, e às vezes, a visita do ACS era a única visita que ele recebia. A gente não pode chegar muito perto. Não podia estar perto para proteger ele mesmo. Teve pessoas que eu passava na rua me mandava beijo, dava tchau, aí perguntava: - quando que você vai vir? Eu dizia: - não posso... depois a gente vai. Vou tomar um café. mudou muito... essa distância... não só com nossos cadastrados, mas também no ambiente familiar também, que a gente ficou privado de muita coisa. Às vezes é estressante pois todo mundo gosta de um afago, né? Nosso papel também é esse... acolher... então quando você fica limitado disso, causa muita estranheza. Então pra gente tá muito difícil”. (Marte)*

Vale destacar a desvalorização da APS na pandemia pela grande mídia, pelo governo e pela sociedade, à medida que o foco do combate inicialmente ficou a cargo dos hospitais, não considerando o primeiro nível de atenção como linha de frente do combate à pandemia. Essa percepção dos meios de comunicação e do Estado, refletem a desvalorização do profissional da atenção primária e desses trabalhadores que estão no primeiro contato com os pacientes suspeitos, seja na unidade, no domicílio e no território. (MEDINA et al., 2020)

*“E eu sinto que atenção primária não está sendo valorizada. Eu vejo todo mundo falar dos heróis da saúde, o pessoal da linha de frente, mas a gente também é linha de frente. Nós somos os*

*primeiros a receber essa pessoa que vai para o hospital. Quando a pessoa está muito mal, que vai para o hospital, ela já passou pela gente. Então eu considero que nós somos a linha de frente. [...] E eu não me sinto valorizada porque a gente não está recebendo financeiramente os 20% que a gente deveria receber. A nossa insalubridade continua do mesmo jeito. Sem material adequado. Eu me sinto desprotegida. Eu já peguei COVID duas vezes. [...] Eu vejo os meus colegas, de modo geral, não só os agentes comunitários, mas os colegas médicos, enfermeiros, todo mundo exaurido. A gente apanhando ali porque não tem vacina, porque a gente está sempre na frente respondendo. Não é o secretário, não é o prefeito, não é a DVS [divisão de vigilância em saúde] respondendo quando tem ou não tem vacina, quando tem ou não tem consulta, quando acaba o papel para fazer receita... e nessa pandemia eu tenho me sentido muito cansada porque a gente está trabalhando sem férias, não deixou de atender quem é diabético, como em alguns lugares que eu vejo que cortou o atendimento. A gente não, nunca cortou nada, sempre continuou trabalhando normalmente”. (Urano)*

Portanto, além da insegurança, do medo, da sobrecarga, do estresse, da angústia e do luto sofre-se também com a desvalorização. A vacinação veio para inverter essa sensação, visto que atualmente é a principal estratégia de combate à pandemia e ocorre na APS. (GIOVANELLA, 2021) Isso modificou de fato as expectativas e trouxe holofotes para o SUS, para o trabalho das unidades básicas de saúde e para os agentes comunitários também, que passaram a ser reconhecidos em pequenos gestos das pessoas que procuravam a unidade para a vacinação, bem como, o respeito aos direitos trabalhistas e salário, como pode se observar com a normalização do pagamento dessa categoria, ainda que haja débito com outras categorias da saúde como os médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros que ainda estão sem receber 13º salário, as indenizações rescisórias, horas extras, entre outros benefícios após a troca de modelo de gestão.

Ainda que a campanha de imunização tenha modificado um pouco o clima negativo e de desvalorização da APS, cabe destacar suas dificuldades operacionais e o desabastecimento do insumo. Assim, a falta de vacina, ou sua restrição a partir de critérios

definidos pela gestão do município, expôs a equipe e, especialmente, o agente comunitário de saúde, na linha de frente desse conflito, sofrendo violência, insultos e as pressões de pessoas que desejavam a vacina, mas que ainda não estavam no critério, ou mesmo quando não havia o quantitativo suficiente para imunizar todas as pessoas presentes na unidade.

Outro fator que se pode destacar é o aumento da jornada de trabalho, das horas extras, da intensividade do funcionamento da unidade inclusive nos sábados e feriados, atendendo a demanda da vacinação, da atenção aos grupos prioritários, e dos atendimentos as pessoas com sintomas respiratórios e suspeita de COVID19.

Além disso, as escalas dos sábados ficaram mais frequentes, pois com menos pessoas na escala e com maior demanda de ACS para apoiar a campanha de vacinação esses trabalhadores precisaram comparecer em mais dias de trabalho. E ainda, com o aumento da necessidade do serviço de saúde, os profissionais não conseguem descontar o banco de horas extras, aumentando ainda mais o cansaço físico e mental. Esses são alguns dos fatores que contribuíram para a exaustão experimentada pelos agentes comunitários durante a pandemia.

*“Com a vacina agora a gente trabalha mais, temos mais lugares para ficar, mais escalas para cumprir, que se faz obrigatório. Não temos mais feriados, não temos quase os sábados. Então o cansaço físico está sendo muito difícil...”. (Netuno)*

### **7.8 Cadastramento: vínculo, burocracia e cuidado**

O cadastramento é um dos processos mais complexos e importantes na estratégia de saúde da família e na atenção primária à saúde. A partir desse marco garante-se acesso, observam-se as vulnerabilidades, priorizam-se as visitas domiciliares, entendem-se os riscos, e planeja-se o cuidado. Ele é o marco inicial para a equipe de saúde visibilizar a pessoa, a família e a comunidade. É função de toda a equipe realizar o cadastramento, mas sem dúvida, são os agentes comunitários que realizam essa etapa com maior apropriação e atenção.

*“[...] a gente vai no endereço que a pessoa informa, bate, vê quem mora, quem tem comorbidade, se a família é vulnerável ou não, como é a estrutura física da casa, e tudo mais...”. (Júpiter)*

O ACS possui uma atribuição fundamental que inclui alimentar o sistema de informações, tornando o cadastro um ato burocrático, mas não se resumindo a isso. O processo de registro é bastante cobrado pela gestão, principalmente, após a mudança do financiamento da APS, que em 2019 aprovou a transferência de recursos a partir da capitação ponderada, e não mais pela base populacional. Desse modo, extinguiu-se o piso da atenção básica (PAB) fixo e variável, para uma transferência de recursos baseada no quantitativo de cadastros de pessoas que estão adscritas pelos serviços de saúde. (MASSUDA, 2020)

*“[...] se a pessoa tiver todos os documentos direitinho, eu faço aqui também. Mas o mundo ideal seria ter ACS suficiente para cadastrar toda a população em casa e poder observar com um olhar diferenciado.” (Terra)*

Esse fator, sem dúvida, pressionou os agentes comunitários de saúde a cadastrarem pessoas do território e atualizarem suas fichas de cadastro na base de informações na própria unidade. Contudo, esse processo de atualização acontece de forma não sistematizada, planejada e supervisionada, e sim, a partir de uma cobrança pontual, burocrática, imediata. E por isso, devido à meta e ao prazo, são realizados cadastros sem qualificação e sem uma leitura da realidade.

Essa realidade foi marcada pelas greves dos profissionais de saúde, por condições de trabalho inadequadas, pela mudança de prontuário eletrônico e pela desorganização dos cadastros realizados anteriormente, que não migraram corretamente entre os sistemas, e pelo novo processo de trabalho durante a pandemia. Mesmo sem muitas ferramentas, manteve-se a cobrança da gestão pela atualização cadastral, sempre com o prazo apertado, sem planejamento ou negociação da meta.

*“Na época da nossa greve veio muita demanda, muitos pacientes que nem moravam na residência, porque aqui é uma clínica que funciona. “Ah o pré-natal da minha amiga foi bom, procura lá.” Até coloquei um apelido: paciente PPG, paciente de período de greve. Quando a gente entregava [a guia de encaminhamento*

*para a atenção secundária], não morava lá no lugar onde ela falou na reunião”. (Tétis)*

Entretanto, os ACS são pessoas resilientes que reconhecem a importância do trabalho e do cadastro, portanto, uniram forças para alcançar a meta. Orgulham-se com um dos melhores resultados da área programática, segundo a visão da gestão. Contudo, alcançar um número de atualizações não significa um ato de cuidado, ou mesmo uma atualização de fato da situação familiar e comunitária, mas somente um ato burocrático de atualização da base de informações. Apesar disso, como a gestão precisa do resultado dos cadastros atualizados, a fim de garantir o financiamento para a APS, não se constringe de perceber que a maior parte do trabalho burocrático não se transforma em ato de cuidado para a população, nem mesmo percebe se houve uma real atualização de informação qualificada.

Apesar de todos os fatores externos que contribuem para a desqualificação do cadastramento, não o tornando um ato de cuidado familiar, os ACS entendem que esse processo municia a equipe em seus diagnósticos comunitários. Entretanto, isso nem sempre é feito de forma fidedigna ou qualificada. Desse modo, os ACS cadastram as pessoas na unidade, quando estas procuram o serviço, conferindo o documento e comprovante de residência. Posteriormente, visitam o domicílio para confirmar se a pessoa reside naquela casa.

*“[...] neste momento de pandemia fica complicado a gente ter tempo para fazer o trabalho dessa forma. Então a pessoa vem, traz o comprovante de residência, a gente faz umas perguntas básicas e faz o cadastramento para a pessoa poder ser acompanhada na unidade”. (Júpiter)*

No domicílio observam o ambiente, as relações, as comorbidades, entre outros aspectos. Contudo, de forma não estruturada, sem saber o que procuram. Alguns usam fichas, fazem perguntas que acham importantes, fazem escuta das pessoas, identificam problemas que não estão nas fichas e informam à equipe.

*“Conversando... Observando... tem coisas que a pessoa não precisa nem falar, só de olhar a gente já percebe, por exemplo, aquele caso de agressão... a mulher não fala que é agredida, mas a gente percebe um comportamento meio grosseiro do marido, a*

*expressão que a mulher faz, a gente já percebe que tem algo de errado... muitas vezes, é mais na expressão das pessoas que a gente vai percebendo algumas coisas”. (Júpiter)*

Ressentem-se de não conseguirem realizar registro livre no prontuário eletrônico e-SUS, já que neste sistema de informações os ACS só podem marcar as informações pré-formatadas na ficha, mas não conseguem relatar suas impressões ou observações.

*“Eu acho que o agente comunitário tinha que ter umas observações a serem feitas nesse cadastro, que a gente não tem hoje. Hoje a gente só limita ao que eles querem e o que eles pedem. Mas acho que o agente comunitário devia ter um espaço de falar o que ele pensa, o que ele vê, o que ele viu sobre esse cadastro. Porque nem sempre é só um cadastro. Geralmente a pessoa traz informações importantes que a gente não tem onde pôr”. (Saturno)*

Cabe destacar também que as atualizações do sistema frequentemente modificam os dados, distorcem informações, prejudicam o trabalho do ACS, prejudicando a autogestão do seu trabalho.

Outro aspecto relevante é a não percepção dos ACS do quanto a escuta é um ato de cuidado. Fazem de forma empírica, sem muito preparo, mas com muita eficiência muitas vezes. Começam naquele momento um ato de cuidado em saúde, sem perceber, sem reconhecer, sem ferramentas ou instrumentos para obter as informações em saúde, ou mesmo conhecimento sobre o que identificar e o que fazer com os problemas levantados. Passam para a equipe. Transferem o sofrimento para a equipe técnica, e solicitam respostas, soluções, resoluções, muitas vezes sem se implicarem naquele ato de cuidado.

*“Indo ao domicílio da família ou no território. E lá a gente vê como é a casa, se é desorganizada, se tem alguns outros problemas. E da pessoa, pelas perguntas mesmo. Eu costumo fazer as perguntas que eu acho importante. Saber se já teve AVC, se já teve infarto, se teve câncer... Eu costumo fazer as perguntas e por ali eu conheço. Ou a pessoa relatando algum outro problema. Tem pessoas que se sentem à vontade e já tem um*

*vínculo ou já me conhecem e contam outros problemas que também não estão na ficha de cadastro. E eu geralmente passo pra equipe”. (Sol)*

Além disso, o ACS quando está no domicílio fazendo o cadastro seja porque o usuário procurou a unidade ou mesmo porque o ACS buscou ativamente aquela família, ele acolhe a pessoa, observa e absorve aquela realidade, identifica os problemas, elabora em que medida pode apoiar, cuidar, se envolver com aquela realidade. Esse envolvimento, intensifica a relação com a família e o vínculo com as pessoas.

*“Você indo lá você cria também um vínculo com a família. Até você ir lá, a pessoa que faz o cadastro aqui nem fala muito, porque na Clínica da Família todo mundo se conhece. Você indo lá na residência, as pessoas desabafam com você e falam o real problema mesmo porque ela procura a Clínica. Já peguei muitas coisas assim, de a pessoa desabafar comigo, eu até saí derrotado da visita. Quando eu fui lá na casa, precisando até de alimentos. Eu saí dali derrotado. Depois, no outro dia pedi pra ela vir aqui, fiz duas cestas para ela”. (Tétis)*

Vale ressaltar que a unidade possui nove anos, e que no início da estratégia de saúde da família, o cadastramento era feito prioritariamente no domicílio. Atualmente, é realizado principalmente na unidade. Contudo, a busca ativa e a oferta de cadastro continuam existindo. Isso porque a lei dos cuidados inversos atua na oferta do cadastro, já que pessoas que precisam muito, em parte das vezes não possuem nem a organização, nem a documentação para ir à unidade realizar o cadastro. Assim, os ACS ficam atentos, averiguam quem realmente mora, quem não tem cadastro, procuram vizinhos, lideranças da comunidade para saber se a pessoa de fato mora no território. É um trabalho bastante ativo e necessário para o reconhecimento das necessidades individuais e comunitárias.

*“Na casa dele, eu observo se a pessoa realmente está morando lá, se é a casa da pessoa. E gente consegue perceber quando a pessoa realmente mora naquela casa. Tem coisas da pessoa lá. Saber onde estão as coisas dentro de casa, se a gente pedir alguma coisa na hora a pessoa saber trazer para a gente. Então a gente consegue perceber quando a pessoa está ali de passagem*

*ou quando realmente a pessoa já mora ali há algum tempo”.*  
(Netuno)

Além disso, existem pessoas que trabalham cotidianamente em horário comercial e que, em geral, não são encontradas em casa. Nesse sentido, reconhecer a importância de atuar com base na confiança sobre as informações prestadas é importante para o ACS, contudo, ainda assim, utilizam outras estratégias para garantir que a pessoa mora no endereço informado, visitando aos sábados ou mesmo em feriados para identificar se a pessoa mora mesmo no território. Parece que reconhecer se o cadastro é do seu território é uma tarefa levada com seriedade pelos ACS. Isso demonstra a responsabilidade sanitária que possuem e o comprometimento com sua microárea. Contudo, não se pode excluir a possibilidade de pessoas que não residem no território serem incluídas por alguns ACS em suas microáreas por diversos motivos. Desse modo, a equipe de saúde precisa também atuar na perspectiva de auditoria e feedback das microáreas, ou mesmo pactuando um tempo para articular o cuidado da pessoa no serviço de referência pelo novo endereço.

*“Algumas pessoas não podem, porque trabalham, ainda mais na minha área, que é um pessoal que sai mais para trabalhar, tem um poder aquisitivo um pouco melhor”.* (Vênus)

É também um atributo essencial para o ACS a longitudinalidade (STARFIELD, 2002). Percebem que no primeiro momento, as pessoas não se abrem, não confiam, mas com o passar do tempo, a vinculação é ferramenta importante para o melhor entendimento dos problemas, visto que as pessoas revelam suas necessidades e demandas com a relação estabelecida através do tempo. Evidentemente, que a depender dessa relação pode se ter conflitos também, o que prejudica o acompanhamento. Por outro lado, o ACS atento às expressões, as relações familiares, aos indícios, consegue perceber situações graves de violência, negligência, adoecimentos entre outros aspectos sensíveis. (SAMUDIO, et al, 2017) Nesse sentido, a importância de instrumentalizar o ACS eticamente, para manter sua atribuição com sigilo, neutralidade, seriedade, respeito, mesmo em situações nas quais haja conflito ou divergência de ideias com seus cadastrados. (SIMAS et al., 2016)

*“Às vezes o cadastro simplesmente é para dizer que ela está sofrendo violência, que ela não tem comida em casa... só que quando ela vem fazer o cadastro aqui ela não fala essas coisas*

*para você. Ela simplesmente pede um cadastro e uma consulta. Quando você está lá, você consegue enxergar, ver que aquela casa não tem comida, que a criança pode estar sofrendo alguma violência... você olha tudo e a pessoa acaba se abrindo mais quando você faz perguntas que tem dentro da ficha de cadastro, que são mais íntimas, a pessoa acaba te respondendo. Aqui na Clínica muitas vezes ela nem me responde”. (Urano)*

Outro aspecto fundamental das visitas realizadas para o cadastramento é a identificação da vulnerabilidade social. A partir disso, o próprio ACS faz orientações para que a pessoa procure os dispositivos sociais, seja o centro de referência da assistência social (CRAS), as pastorais da igreja, a planilha de famílias em situação de insegurança alimentar construída na unidade durante a pandemia, entre outros recursos. Caso haja vulnerabilidade individual, os ACS agenciam a pessoa, advogando por ela nas reuniões de equipe ou mesmo no acolhimento para atendimento, vacinação, curativos e outros procedimentos, conforme as necessidades.

*“[...] geralmente quando a pessoa não tem documento nenhum e mora, geralmente essas pessoas são mais vulneráveis, porque não tem correspondência no próprio nome, às vezes mora de favor. Por exemplo, tinha uma menina que morava até num endereço nobre, mas ela morava numa casa que não era dela, morava de favor. [...] Quando eu cheguei eu vi que ela tinha um pouco de vulnerabilidade social, estava passando um pouco de dificuldade, estava com dois filhos pequenos, não estava recebendo pensão do esposo. Na verdade, eram duas crianças de pais diferentes e nenhum dos dois estava pagando pensão. Eu conversei com ela que ela poderia ir ao CRAS pedir benefício, bolsa família. E assim, morava ela, os dois filhos, três irmãos, o pai, a mãe, em uma casa pequena”. (Terra)*

Esse tipo de vulnerabilidade já é percebido pelo ACS no momento que chega no domicílio, às vezes até mesmo quando a pessoa informa o endereço, pois cada microárea possui um aspecto físico, estrutural, econômico, um tipo de família, uma organização. Às vezes, isso é heterogêneo dentro de uma microárea, às vezes é homogêneo demais, quase

que determinado. Ainda assim, é fundamental o olhar artesanal, personalizado para cada pessoa e família em sua singularidade.

*“Cada território tem um aspecto, tanto físico, quanto social... tem sua vulnerabilidade diferente. Então se a pessoa mora naquela rua e a gente sabe que ela tá cadastrada naquela rua, a gente já sabe mais ou menos o tipo de família que a gente vai encontrar naquele território”. (Júpiter)*

Com essas observações o ACS vai montando um perfil do território, a partir do reconhecimento do número de pessoas, de gestantes, de idosos, de acamados, de adolescentes, de pessoas com condições crônicas, pessoas em situação de uso de drogas, tipos de família, pessoas com transtorno mental entre outros fatores percebidos.

*“A gente tenta fazer um perfil do território que a gente trabalha. A quantidade de gestantes, de crianças menos de um ano, até quatro anos, até 6 anos, hipertensos, diabéticos. A gente tenta fazer um perfil no território, assim que a gente assume um território. A gente procura fazer o cadastramento nominal dessas pessoas, as listas nominais, isso é muito importante”. (Netuno)*

Esse perfil é fundamental para o acompanhamento prioritário, o processo de busca ativa e de cuidado comunitário direcionado pelo ACS e pela equipe de saúde da família. Além disso, são fundamentais para o diagnóstico comunitário da equipe e para o planejamento local em saúde voltado para o território e suas microáreas. (SAMUDIO, 2017)

*“Geralmente eu observo a casa dela, quantos cômodos tem, se tem água potável, esgoto, se tem água parada, se o lixo é coletado, se não é. Sempre pergunto se tem criança, como as crianças vivem, se tem caderneta atualizada, porque isso é importante. Muitas mães não trazem a crianças para atualização. Pergunto se tem criança na escola, se não está na escola, porque não está, o que aconteceu nesse processo. Geralmente a gente tenta observar um pouco da higiene da pessoa. Engloba um pouquinho de tudo”. (Saturno)*

*“Cadastramento é fazer o cadastro da família, ver como a família é, se tem vulnerabilidade e quais são os problemas de saúde da família, se tem hipertenso, diabético, saúde mental, se as pessoas fazem o acompanhamento, se elas têm um acompanhamento, porque muitos deles são hipertensos, diabéticos, mas não fazem o acompanhamento até por falta de informação mesmo, que nós, agentes de saúde levamos para eles. E ter o acompanhamento de gestantes, que é muito importante também, para ver, orientar, principalmente essas meninas que são gestantes com 14,15 anos...” (Plutão)*

Outro fator que cabe destacar é a apropriação da tecnologia pelos ACS. Isso porque incorporaram em seu processo de trabalho as listas nominais, a partir de planilhas extraídas do sistema de informações anterior, o prontuário eletrônico Vitacare®, que ficam armazenadas no e-mail da equipe, permitindo consultas às informações cadastrais realizadas anteriormente.

Além disso, essas listas podem ser organizadas conforme as condições das pessoas. Seja pela vulnerabilidade, seja pelo bolsa família, seja pelas condições crônicas transmissíveis ou não transmissíveis, seja pelo transtorno mental, ou mesmo pelo acometimento do coronavírus. São listas nominais que cada vez mais auxiliam o processo de trabalho e de acompanhamento das pessoas pelos ACS.

Entretanto, a lista nominal é centrada no cuidado individual, necessitando ainda de ajustes para adequação ao cuidado familiar, voltado para os determinantes sociais de saúde e adoecimento, bem como para o território. Talvez, seja uma das grandes fragilidades do processo atual de acompanhamento.

*“Porque quando saiu o vitacare, essa parte de ficha no papel se perdeu um pouco. Hoje em dia é feito o cadastro no sistema mesmo e lista nominal das vulnerabilidades. Diabetes, hipertensos, gestantes, TB, criança...” (Júpiter)*

O cadastramento é também um processo de divulgação dos serviços prestados pela unidade. Muitas pessoas que acreditam não usar diretamente o SUS, não sabem como ele funciona e possuem preconceitos. Durante a campanha de vacinação contra a COVID19 isso ficou evidente. Muitos usuários que nunca tinham entrado na unidade,

fizeram elogios ao processo de trabalho, a cordialidade da equipe, o cuidado das pessoas, a seriedade da campanha.

Nesse sentido, o ACS possui uma função estratégica de *marketing* para o SUS, visto que ele oferta os serviços da unidade, garante o direito à saúde, informa que a pessoa pode acessar o SUS gratuitamente. Certamente, isso tem sido importante para pessoas que estão empobrecendo e perdendo poder aquisitivo na última década e precisam ainda mais do serviço público de saúde nesse período de fragilidade.

*“[...] e às vezes, na conversa, a gente muda a cabeça da pessoa no sentido dela ver diferente, não por que o sistema único de saúde é ruim. Aí quando às vezes ela perde o plano ela vem para a clínica da família...”. (Marte)*

Isso é observado pelos ACS e até mesmo esperado, por estarem atentos e vivenciarem esses movimentos sociais no território. Seja o desemprego aumentando, o poder aquisitivo reduzindo, a perda do plano de saúde, a necessidade de usar o SUS para a vacinação, a testagem para COVID19, a responsabilidade sanitária, o cuidado centrado na pessoa e na família, as ações territoriais e comunitárias, e a garantia do direito à saúde, entre outros aspectos que fazem do SUS um produto mais atrativo e adequado para essas pessoas.

*“Muitas vezes eu passava na rua e via que a pessoa tinha necessidade e tentava convencer a pessoa de fazer o cadastro e convencer aquela pessoa. Aí o vínculo tinha que ser criado de verdade. Porque por ela ter um poder aquisitivo um pouco maior, ela acha que está tirando a vaga de alguém. Então ela não quer fazer o cadastro. Às vezes por vergonha, por dizer assim: vou ficar num lugar que é público, que é do SUS. Porque a gente ainda tem esse estigma de dizer que tudo do SUS é ruim. A gente tinha que usar sempre uma dinâmica de dizer assim: oh! Se você se acidentou, você vai para o SUS, se precisar fazer um tratamento para tuberculose você vai para o SUS! Então, antigamente a gente tinha que ir para a rua atrás dos cadastros, cadastrar as pessoas do território. Então a aceitação era muito difícil do cadastramento nos lugares onde o poder aquisitivo é*

*maior. Agora eu passo na rua, as pessoas vão me gritando da janela: Eu mudei agora, como eu faço para fazer meu cadastro?”*  
(Urano)

É durante as visitas domiciliares que os ACS fazem também as orientações em saúde, a vigilância do território, a identificação dos principais problemas, atuando na perspectiva da educação em saúde, e na oferta dos serviços da unidade. Isso também se aplica ao cadastramento. Contudo, vale observar que parte das vezes essas orientações são alinhadas à transmissão de conhecimentos, ou posturas autoritárias e julgadoras, tendo em vista que a ferramenta da pedagogia da problematização e da educação popular não faz parte das ferramentas e da formação dos ACS. Assim, as orientações ficam centradas na higiene, preservação e limpeza do ambiente, na contracepção, na culpabilização das pessoas pelo adoecimento, nas orientações alimentares impositivas, quase sempre com uma perspectiva assimétrica e pouco resolutiva.

*“A gente olha a forma com que as pessoas convivem, como eles têm aquela forma de cuidar de si, do corpo, da higiene, a consciência dos riscos que correm, consciência de uma boa alimentação, isso também é orientado. A gente vê uma casa com muita gente, a gente sempre orienta arejar, abrir a janela. Casa que tem idoso, tem animal, que tem sarna, às vezes, a gente fica sempre olhando e tentando passar aquilo sem ofender a pessoa de uma maneira que a gente consiga passar a informação de uma forma educativa, entendeu?”* (Marte)

Mais uma atribuição do ACS durante o cadastramento é a verificação da carteira de vacinação, o armazenamento do lixo, a fonte de água e esgoto, se a criança está matriculada na escola, entre outros aspectos. (SAMUDIO, et al, 2017)

*“Deixa eu ver a caderneta de vacinação das crianças, se está direitinho.”* Porque às vezes quando a pessoa tem muita vulnerabilidade, a pessoa não sabe o básico. Ela não sabe que não pode dar uma comida específica para um bebê. O que ela come, ela dá pra criança. A gente tenta orientar de forma básica. Ela não tem muita noção de que precisa estar com a caderneta de vacinação da criança em dia. Aí a gente orienta também: “-

*Olha, você tem que tomar essa vacina.” Fala que para o benefício do governo ser atualizado ela tem que estar com a caderneta em dia, as crianças têm que estar indo pra escola”.*  
(Terra)

Apesar do complexo conjunto de dados a serem informados, nem sempre utilizam roteiro ou mesmo a ficha cadastral, o que fragiliza o processo de coleta de dados, muitas vezes incompletos, parciais, não sistematizados, perdendo-se parte da riqueza de informações obtidas. Estas somente são encontradas nas memórias e nos cadernos dos ACS. Isso porque a maior parte registra as informações em cadernos próprios, já que o sistema de informação não possui campo subjetivo para o registro do ACS, limitando-o a marcar a ficha com informações pré-formatadas, deixando de fora as narrativas importantes para o cuidado das pessoas e famílias.

*“Eu mesma tenho um caderno e vou anotando as coisas que eu sei de cabeça, que eu lembro, por exemplo, as coisas básicas pessoais, as doenças que a pessoa tem, o remédio que faz, situações de moradia, eu já pergunto se é esgoto, se tem água, como é a situação da água. Tem várias perguntas que eu tenho daquela ficha antiga”.* (Lua)

*“Agora com esse novo sistema, eu acho que ficou uma coisa muito vaga, porque a gente não tem como anotar muito as informações. Tem coisas que são importantes, e que às vezes você está no primeiro contato e que é diferente, quando você vai no domicílio e você encontra a família toda, todo mundo quer falar. Aí às vezes as pessoas contam algumas coisas que você anota ali, e aquilo não se perde. imagina você estar numa família, com sete pessoas cadastrando, cada um contando sua história. Alguma coisa se perde, entendeu? Quando você tinha aquela ficha que você registrava tudo, algumas coisas você destacava. No momento não tenho feito isso”.* (Marte)

A integralidade também é observada como fator importante no processo de saúde-adoecimento das pessoas, família e comunidade. Isso porque durante o cadastro o ACS percebe os benefícios e malefícios do território. Seja do ambiente natural, dos

dispositivos de lazer, do saneamento básico, do abastecimento de água, da situação da violência e dos conflitos armados, do acesso a meios que podem promover a saúde como bem-estar bio-psico-sócio espiritual. É também nesse momento que o ACS pode se tornar rede de suporte para as pessoas e famílias, bem como coloca a equipe como um recurso para esses indivíduos. Muitos destes sentem-se mais seguros ao saber que possuem alguém com quem podem contar e que não estão sozinhos. Em ocasiões, os ACS tornam-se amigos, vizinhos, pessoas que convivem no lazer com seus cadastrados, convivem na casa fora do momento do trabalho, passam a integrar a família dos pacientes.

*“Eu cheguei lá e a pessoa morava sozinha, e não custa nada, a gente vai lá e se tem uma chave de fenda já aberta, porque eu vi que tinha o risco de cair”. (Lua)*

*“Eu costumo dizer que quando você cadastra, começa a criar o vínculo. Você se apresenta, você diz que é o agente comunitário de saúde daquele local, que a pessoa pode contar com você no que precisar, que você é responsável por aquela área. Você apresenta a equipe, você diz que se coloca a disposição. Então acho que é o primeiro vínculo. A pessoa diz: ah então você que é minha agente comunitária? Então eu posso contar com você? A pessoa se sente segura de saber que ela tem alguém”. (Urano)*

Não se pode deixar de mencionar que a pandemia trouxe uma readaptação do cadastramento, visto que o ACS ficou mais sobrecarregado com funções internas, deixando de executar muitos serviços no território. Às vezes, o processo de cadastro ocorre no acolhimento, momento em que se pode encontrar o ACS responsável pela determinada microárea. Alguns ACS combinam o cadastro em outro momento, procuram um espaço mais adequado dentro da unidade. Todavia, nem todos possuem essa percepção sobre a importância da privacidade durante o cadastramento, visto que ele acontece na própria recepção da unidade, local que possuem outros ACS, pacientes e profissionais.

*“Mas como a gente está nesse processo de pandemia, de quase não ter mais horário para ser agente comunitário de rua, que é ficar mais na rua do que dentro da clínica, eu tenho realizado o cadastro aqui dentro da Clínica. Muitas vezes a pessoa vem me*

*procurar, eu peço para ela voltar em um horário que eu não estou no atendimento, porque eu prefiro fazer dentro da nossa sala, o cadastro da pessoa. E eu vou perguntando as necessidades da pessoa ali, conversando e conhecendo a pessoa. E depois eu faço uma visita posterior”. (Urano)*

Dessa forma, a própria atualização dos cadastros fica comprometida, de forma geral, visto que não se sabe no último ano o que houve com as pessoas e famílias, se adoeceram, se mudaram, se morreram, como a situação familiar se encontra e os impactos do coronavírus no território. Portanto, a recontagem do território, a constituição do novo perfil, a identificação dos não vacinados e mais vulneráveis, são desafios que estão postos juntamente com a pandemia, a campanha de vacina e a sobrecarga de trabalho.

*“Eu passei esse ano todo sem ter tempo de ir às casas, e mesmo assim tem muitas pessoas que durante a pandemia não recebeu a gente, a gente não pôde ir, porque às vezes também ficava com receio de a gente chegar ali e levar o vírus”. (Plutão)*

*“Antes eu fazia no domicílio quando ia fazer uma atualização de cadastro. E para fazer uma re-contagem. Tem muita gente no território que se muda, não mora mais lá, aí a gente ia muito. Agora a gente não está mais fazendo isso, porque está difícil, por causa da campanha de vacinação, e então eu faço no acolhimento. Ou eu peço para vir aqui com o comprovante [de residência]”. (Lua)*

### **7.9 Grupos em saúde: organização, divulgação e realização**

Os grupos de educação em saúde são cenários estratégicos de participação, autonomia e cuidado das pessoas. Neles, os pacientes e profissionais se desafiam a compartilhar seus saberes, encontrando um caminho comum para o cuidado. Nesse sentido, a participação do agente comunitário é fundamental, apoiando tanto profissionais quanto pacientes durante a operação do grupo.

*“É um momento ali onde elas conseguem se divertir e esquecer um pouco das angústias do dia a dia... Elas vêm ali se juntam, brincam. E isso é muito importante. Onde você pode ouvir, você pode falar das suas angústias, das suas tristezas?” (Marte)*

*“Eu acho que a gente constrói em equipe. Tanto eu ajudo a médica e a enfermeira na parte burocrática. Ajudo elas a pegar o nome das pessoas. Quanto na parte de conhecer mesmo os cadastrados, de estar sempre ligado a eles. Eles se sentem mais a vontade de falar as coisas comigo, que não tem tanto acesso a eles, ou se sentem um pouco envergonhados. Então como a gente mora no território, fica mais fácil. Eles me conhecem a muito tempo. Então essa parte de você se abrir, fica mais fácil com alguém que você conhece. Então a gente faz a ponte entre o médico e o cadastrado”. (Saturno)*

Além disso, é fundamental a participação no planejamento, no envolvimento, na atuação e na aprendizagem, visto que participar do grupo é também um momento privilegiado de aprendizado.

*“Às vezes a gente acaba aprendendo alguma coisa, acaba sendo uma educação continuada para gente”. (Júpiter)*

*“E eu já participei de muitos grupos. Não só por participar, mas também porque contribui pra mim em muitas coisas”. (Terra)*

Em uma unidade-escola, como o campo de estudo, os grupos são bastante valorizados, seja pelo programa de residência de medicina de família e comunidade, seja pelo programa de enfermagem de saúde da família. Nesse sentido, existem disciplinas que induzem a realização das atividades educativas, com referencial teórico e necessidade prática.

*“As enfermeiras e médicas, pedem para a gente participar também. Tem um consenso, a gente marca as pessoas que tem que vir e eles chamam”. (Tétis)*

*“Todos os profissionais são importantes, porque um ajuda o outro. Os ACS trazem o caso, os médicos acolhem e um vai ajudando o outro”. (Mercúrio)*

À princípio isso pode trazer o protagonismo do grupo para esses profissionais, residentes em formação, que ainda possuem certa dificuldade em descentralizar a execução das atividades educativas, e empoderar os demais trabalhadores a protagonizarem os grupos de educação em saúde. Assim, as divisões de tarefas podem colocar o agente comunitário de saúde como um coadjuvante nesse ambiente, isto é, um trabalhador que auxilia, que apoia, que divulga e que participa discretamente.

*“Então eu só auxílio mesmo. Se for uma vacinação na escola, PSE, eu fico anotando. Fico escrevendo. Se for um grupo de diabetes, eu escrevo, ou coloco a pessoa pra pesar, coloco a balança. Meço estatura, coisas assim”. (Sol)*

*“Eu participo também ajudando, por exemplo, da minha equipe, de diabetes e hipertensão, eu já participei ajudando a enfermeira que ministra o grupo, a anotar as fichas, anotar, conversar com os usuários, pegar os exames, entregar. Geralmente precisa de uma ajuda”. (Terra)*

Apesar disso, os ACS valorizam essas atividades de grupos em saúde, percebendo a importância no acesso, na promoção da saúde, na integralidade e na longitudinalidade do cuidado. Um aspecto que reforça esses conceitos é a vinculação do paciente com o ACS, que pode ser potencializada inclusive durante as atividades educativas.

*“É o lance mesmo do vínculo. A gente poder também além de fazer parte, estar ali com outros cadastrados, eles perceberem que a gente também faz parte da Saúde da Família, junto com a médica. Porque a médica está falando e a gente também está dando orientações. Porque a gente não está ali só para pegar nome, a gente também está passando orientações. Eles também tiram dúvidas com a gente”. (Lua)*

*“Eu acho importante, porque nós agentes de saúde é que conhecemos o nosso território e a gente tem o nosso controle. Quem são os hipertensos, quem são os diabéticos, quem precisa de uma orientação num grupo, que vai trocar uma ideia com um e outro sobre alimentação”. (Plutão)*

Isso molda a adesão ao grupo em um primeiro momento, já que os ACS muitas vezes ficam responsáveis pela captação das pessoas para o grupo de saúde. Desse modo, o convite feito pelo ACS tem maior possibilidade de garantir a presença do paciente vinculado.

*“Eu entro mais quando a gente está numa reunião de equipe e a gente vê que tem uma necessidade. Um paciente meu que eu vejo que precisa ir pra um grupo que vai ajudar, de auto-ajuda ou qualquer outro grupo até de adolescente. A gente como ACS sinaliza e encaminha eles para o grupo. Porque eles as vezes nem sabem. Ou até sabem, mas não se interessam e a gente faz eles virem”. (Mercúrio)*

Além disso, o ACS consegue reconhecer individualizadamente as pessoas que preferem as atividades educativas em grupo, ou aqueles com preferência pela consulta individual. Falam sobre o paciente ser o perfil para o grupo pensado, ou mesmo o paciente ter indicação para aquele tipo de atividade de educação em saúde.

*O planejamento é... todo mundo que participa. Por exemplo, eu fico responsável por convidar os cadastrados hipertensos, diabéticos, que tem muito tempo que não passam em consulta. Aí eu falo: esse aqui pode ir para o grupo. Esse aqui, não... (Lua)*

*“A gente se reunia mensalmente e via o que poderia fazer ou mudar. O grupo de diabetes e gestantes que a fazia por equipe, a gente dentro da equipe organizava como era o processo e escolhia as pessoas que sabíamos que iriam aderir ou que não ia”. (Urano)*

Em relação à organização e ao planejamento dos grupos de educação em saúde, em geral, a equipe técnica fica responsável, podendo incluir o ACS nessa etapa. Contudo,

muitos agentes comunitários não percebem essa etapa como sua atribuição. Evidentemente, a escala de trabalho e a concordância de horários é importante para a viabilização da participação nos grupos. Outrossim, é importante que o horário e o local do grupo sejam pactuados conforme a conveniência dos participantes, sejam profissionais, sejam pacientes. E ainda, a importância do diálogo na escolha dos temas que fossem sugeridos pelos participantes.

*“Geralmente a equipe inteira [planeja]. A gente vê o que o território precisa, o que a equipe pode ofertar e a gente constrói em conjunto. A gente chama a técnica, a enfermeira, o médico. E a gente vê tudo que a gente pode fazer para facilitar o processo de acompanhamento dessas pessoas”. (Saturno)*

*“A escolha do tema a gente decide... no primeiro grupo a gente apresenta e depois pede sugestão das pessoas que participam do grupo para sugerir temas para a gente estudar ao longo da semana e desenvolver e trazer a resposta para eles”. (Urano)*

Cabe destacar que a reunião de equipe semanal é espaço estratégico para a organização do grupo, bem como seu planejamento, a divisão de tarefas, a divulgação, as dinâmicas do grupo e outros aspectos. Contudo, parece ser um espaço que restringe a atuação do ACS à divulgação e apoio secundário à equipe técnica, que conduz o grupo.

*“Eu não estou participando do planejamento, mas vocês lá, preceptores, enfermeiros, planejaram, montaram dias porque vai de acordo com a escala dos profissionais também”. (Sol)*

*“A gente planejava na reunião de equipe. Aí chamavam as listas, a gente convocava aquelas pessoas”. (Terra)*

Apesar da participação, da captação de pessoas para os grupos, da divulgação dessas atividades, os ACS parecem ainda não ter muita autonomia para operarem os grupos sem a direção e o protagonismo da equipe técnica. Ficam secundarizados no papel de divulgadores do grupo.

Entretanto, cabe destacar que essas funções parecem ser cristalizadas ao longo do processo de trabalho e com a divisão de tarefas durante o planejamento, visto que o

ACS compreende o trabalho em equipe como ponto fundamental para o sucesso dessas atividades educativas.

A divulgação dos grupos de educação em saúde parece uma atribuição dos ACS, apesar de não ser exclusiva. Isso porque todos os profissionais podem divulgar esses espaços, podem usar as mídias sociais da clínica, o espaço interno, os grupos de *whatsapp*, entre outros. Nesse sentido, esses grupos têm um importante papel na garantia do acesso à saúde pela população.

*“A nossa contribuição como agente é estar sempre procurando divulgar, chamar as pessoas, interagir com as pessoas, informar às pessoas pra que elas possam ter conhecimento. Porque tem muita gente que não sabe que tem grupo. E a gente é o panfleto de informações desse grupo”.* (Marte)

*“Geralmente os agentes comunitários que divulgam nos grupos das redes sociais, ou no território mesmo, ou aqui na unidade, no acolhimento”.* (Sol)

Outro aspecto importante na captação dos pacientes parece ser o vínculo, e ainda, o acolhimento que os pacientes recebem nesses cenários coletivos, principalmente quando ocorrem no território. Além disso, descentraliza o cuidado do médico e acrescenta a dimensão do cuidado interprofissional.

*“A gente fazia esse grupo no território. Fazia um acolhimento diferenciado, uma escuta melhor e o cadastrado ficava mais a vontade de expor alguma coisa. Primeiro que o tempo é curto na clínica e ele achava que não era legal ele falar sobre certas coisas. E lá no território a gente via sempre um olhar diferenciado deles mesmo. A gente começou a achar muito importante, primeiro que a gente não lida só com receita, só com remédio. É mesmo mudança do estilo de vida, ensinar eles como mudar aquilo, sair um pouco da zona de conforto, desapegar um pouco de medicação, de médico. Eles aprenderam que o enfermeiro é muito importante. Eles aprendem que o educador físico faz a diferença também. Tem várias coisas que a gente pode ofertar em vez de uma consulta no consultório. E a gente aprende*

*isso muito nesses grupos. Porque a conversa... a gente constrói nos grupos um acolhimento diferenciado”. (Saturno)*

*“Eu avalio como um espaço muito bom. Quando a gente faz fora, no território, é melhor ainda. Eu gosto mais do grupo quando ele acontece fora da clínica do que quando ele acontece aqui”. (Urano)*

Desse modo, a presença do agente comunitário pode deixar o paciente mais à vontade para interagir e aproveitar o grupo e as práticas construídas a partir do sentido que tem o cuidado para as pessoas participantes.

*“Quando a gente chama, assim, no grupo de diabéticos, mesmo quando eu chamei a pessoa me viu aqui dentro do auditório participando do grupo, ela se sente mais confortável, mais relaxada, quer conversar”. (Sol)*

As atividades educativas parecem fazer um sentido diferente para alguns agentes comunitários, que reconhecem a importância do diálogo e do compartilhamento dos saberes. Avaliam a importância do planejamento do grupo educativo com linguagem adaptada, com promoção de dinâmicas, reflexões e compartilhamentos, como fundamentos para o cuidado das pessoas.

*“Gosto muito porque o grupo de hipertenso, diabético e pessoas com condições crônicas, a gente não faz um grupo chato, a gente faz uma dinâmica, a gente conversa. A gente faz no território, consegue um local e faz no território. As pessoas saem dali achando legal. E elas aprendem, trocam ideias uma com a outra de tomar um chá, de comer uma fruta, uma verdura. Ajuda muito. Quem faz sempre é o médico, o enfermeiro, nós agentes comunitários, a gente vê na nossa lista quem são as pessoas que estão precisando, e com isso a gente facilita também o atendimento dentro do consultório na Clínica. (Plutão)*

*“Aí eu comecei a falar sobre a dengue, todo mundo gostou, daqui a pouco estava todo mundo interagindo e eu achei legal também. Eu não gosto de uma coisa imposta. As coisas também têm que*

*saber como ser falado. Porque eu também sou um pouco tímida”.*  
(Lua)

Apesar do grupo de educação em saúde ser um espaço estratégico, outros agentes comunitários também reconhecem esse local como um cenário de práticas para a prevenção e promoção em saúde. Contudo, ainda possuem um olhar mais autoritário, voltado para a transmissão de orientações, distante dos princípios da educação popular e da problematização.

*“Orientar as pessoas quanto a qualidade de vida, uma vida saudável, o que faz mal, o que faz bem. Dar acesso às pessoas quando elas acham que estão encontrando alguma dificuldade. É o que a gente trabalha: promover e prevenir”.* (Sol)

*“Eu acho importante, porque os usuários recebem muitas informações que eles não têm. Tem muito cadastrado bem leigo em vários assuntos. O grupo é uma coisa mais elaborada, bem explicada. Eles entendem seus problemas de saúde, aprendem a se cuidar melhor, se prevenir”.* (Júpiter)

Vale ressaltar que durante a pandemia os grupos de educação em saúde, as atividades coletivas, os encontros no território foram interrompidos. Apesar de alguns grupos terem sido mantidos durante a pandemia, parece que os ACS desconhecem essa informação. Isso porque durante as falas da entrevista muitos não referenciaram o grupo “Cuidadosamente”, dirigido às pessoas em sofrimento psíquico, que funcionou por pelo menos 5 meses, durante a pandemia e o espaço coletivo denominado “Fala Ana Maria”, espaço de colegiado gestor, que acontece mensalmente desde agosto de 2020, entre outros.

*“A nossa unidade é uma unidade que já teve muitos grupos. A pandemia fez com que diminuísse bastante...”* (Urano)

*“Infelizmente devido à pandemia, a gente tem feito menos, fizemos menos e agora estamos tentando voltar. Mas acho que é imprescindível[...], mas eu entendo também que nesse momento de pandemia é complicado fazer, devido à aglomeração”*  
(Netuno)

*“Está fazendo muita falta durante a pandemia. Apesar de estar fazendo muita falta, não acho que deveria voltar sem antes todo mundo estar imunizado” (Terra)*

Todavia as atividades de sala de espera, saúde na escola, grupos no território, entre outras atividades coletivas, de fato foram suspensas, modificando a atuação, participação, planejamento e organização desses ACS, em suas rotinas de trabalho e das equipes de saúde da família.

*“No momento que estamos vivendo por causa da pandemia, nos nossos horários em que está tudo muito corrido por causa do nosso tempo, quando dá, a gente participa sim.” (Marte)*

Portanto, é fundamental a consolidação e participação desses profissionais nas atividades educativas, desenvolvendo estratégias que favoreçam a autonomia para os agentes comunitários liderarem e protagonizarem esses grupos, voltados para as necessidades do território e das famílias adscritas.

*“Porque o grupo só é possível ser feito, quando tem o agente comunitário que começa a sinalizar para a equipe o que a população está pedindo. Geralmente a gente está no território e quando é feito no território eles sempre sinalizam o que a gente precisa. Então a gente vai caminhando bem junto. O grupo e o agente comunitário têm que estar bem alinhados para que, principalmente quando é feito no território, ele consiga abranger a maior parte da população”. (Saturno)*

## **8. DEVOLUTIVA: PREPARANDO AS ESTRATÉGIAS DE DESENVOLVIMENTO**

A devolutiva é uma das etapas mais importantes da pesquisa, visto que nesse momento, tem-se a contraprova de que os protagonistas do estudo se sentiram contemplados. Vale ressaltar também que a devolutiva foi realizada para todos os agentes comunitários, inclusive àqueles que estavam afastados durante a pandemia e não foram entrevistados, mas que estão novamente em atividade.

A devolutiva foi realizada em dois grupos, tendo em vista a situação pandêmica que impede a aglomeração de muitas pessoas na sala. E ainda, pela dificuldade de encontrar um momento que se possa reunir todos os ACS em uma sala, frente à dinâmica do serviço de saúde. Contudo, apesar da divisão em dois momentos, três agentes comunitários estavam de licença e quatro estavam de férias e não puderam participar. Além disso, dois agentes comunitários pediram demissão, e três agentes ingressaram no último mês na unidade, revelando a dinâmica dos recursos humanos da Unidade. Nesse sentido, no primeiro encontro participaram sete agentes, e no segundo, participaram sete agentes comunitários, bem como o pesquisador como moderador e a orientadora do pesquisador como uma pessoa responsável pelo registro do momento, através de notas de campo.

O encontro teve início com a rodada de apresentações e a solicitação de autorização de registro escrito do momento por parte do pesquisador. Os agentes comunitários se manifestaram afirmativamente em sua totalidade. Em seguida, foram projetados em datashow imagens representativas dos momentos de articulação entre agentes comunitários, população e demais profissionais da unidade, refletindo-se sobre a importância dessa aproximação e da construção de uma identidade com outros agentes comunitários que se mobilizaram em defesa do SUS nos últimos anos na cidade do Rio de Janeiro. Essa sequência de fotos inspirou e emocionou alguns agentes comunitários, tendo em vista que eram reconhecidos nas fotos, diferentemente, de outros momentos quando são invisibilizados como profissionais de saúde.

As imagens resgataram memórias e dispararam reflexões sobre as dificuldades enfrentadas nos últimos anos, como os períodos de demissões de ACS, ameaça de fechamento das unidades, a mudança de prontuário sem campo de registro desvalorizando as percepções dos ACS no acompanhamento, das reduções de equipes de saúde da família, atraso salarial, greve, mudança de modelo de gestão, a chegada da pandemia e a mudança de gestor municipal. Tudo isso afirma as tentativas de supressão, de silenciamento, da sobrecarga vivida pelos agentes comunitários nos últimos anos. Em oposição ao silenciamento e desmonte, as imagens projetadas trouxeram a forte lembrança da organização dos agentes comunitários, inclusive com agentes comunitários de outras unidades, que culminou na metáfora construída da constituição de uma “família ACS”, identificada e coesa através de laços nas lutas, nas dificuldades e nas vitórias.

Além disso, as imagens também resgataram o movimento iniciado pelos agentes comunitários durante a pandemia, a partir da sensível identificação de famílias em situação de insegurança alimentar no território e da articulação para arrecadar e distribuir cestas básicas, revelando que muitas ações comunitárias dessa categoria não estão descritas nas normativas e nos guias do agente comunitário.

Essas memórias fortaleceram o sentimento de resiliência e de resistência dos últimos anos, e trouxeram também outras lembranças de períodos de dificuldades enfrentados durante a epidemia de dengue, de conjuntivite, das greves, das atividades de grupo para mobilização da população contra o desmonte da APS no Rio de Janeiro.

Além disso, os agentes discutiram também sobre o momento inicial do trabalho, as dificuldades em serem compreendidos como profissionais de saúde, em procurarem a formação de redes, lideranças comunitárias, amigos, familiares para se aproximarem e atuarem no território. Nesse sentido, no introdutório, o curso inicial, aprende-se a teoria, contudo, a prática é bem diferente, isto é, a experiência vai moldando seu trabalho, ensinando de fato sobre empatia, sobre escuta, sobre vínculo, sobre acompanhamento. Ressaltam também a importância do conhecimento do território, e do reconhecimento da população, assim como, da atuação dia e noite, no mercado, no shopping, na festa, no período de descanso, entre outros momentos.

Apesar da sobrecarga de trabalho reconhecem que ser agente comunitário é também ter um agente comunitário, pois estão inseridos na lógica do cuidado da unidade. Nesse sentido, também percebem que ao longo do tempo de experiência, conceitos como equidade, universalidade, vínculo, territorialização entre outros, vão ficando mais claros no cotidiano. As experiências vivenciadas vão ensinando a extensão desses conceitos, e vão formando uma geração de agentes comunitários em saúde que se tornam exemplos para outras agentes comunitários que estão chegando. Isso de certa forma recompensa e estimula os agentes comunitários.

Outra dimensão discutida foi o impacto da pandemia no trabalho real do agente comunitário no território, na realização das visitas domiciliares e no acompanhamento das pessoas e famílias. Sentem-se presos, imersos em atividades burocráticas, mecanizados em preenchimentos de fichas e alimentação de sistema. Anteriormente, os agentes comunitários visitavam as pessoas, explicavam o funcionamento da clínica, cadastravam no domicílio, observavam as relações familiares e no território. Apesar de

toda a dedicação e de sua atividade, ressentem-se do reconhecimento de suas ações como boas atitudes, e não como parte do seu trabalho.

Outra dimensão abordada é a formação do vínculo a partir da confiança, uma das maiores conquistas dos agentes comunitários. Apesar da relevância, percebem a distância dessas ações práticas da prática acadêmica, que muitas vezes não reconhece esses atributos. Com certo grau de ressentimento constatam que não são representados em momento teóricos oficiais, não são chamados a ensinar sobre sua função nem para os agentes comunitários nem para os demais profissionais. Isso reforça a desvalorização que sentem com a não inclusão de suas experiências, que eles possuem, e que são muitas.

O momento da devolutiva constou também de apresentação dos resultados da pesquisa, através da demonstração das categorias evidenciadas através da análise das entrevistas, bem como, da leitura de fragmentos transcritos das entrevistas, sem a identificação das falas. Essa leitura trouxe reconhecimento aos agentes, que se sentiram representados pelos fragmentos apresentados, tomando as frases como deles. Vale ressaltar que destacaram a atenção do pesquisador, que desde que chegou à unidade como residente, os escuta, os deixa falar e dá voz para a categoria dentro da unidade.

O final da apresentação teve um agradecimento do pesquisador, bem como a apresentação de uma proposta de trabalho conjunto. Foi sugerido um modelo de educação continuada, que culminaria com a produção de um módulo desenvolvido, nos moldes de aprendizagem baseada em problemas, a partir de situações práticas reais. A proposta de desenvolvimento desse material foi acolhida com entusiasmo pelos ACS, que a identificaram como uma importante ferramenta para qualificar e profissionalizar ainda mais o agente comunitário de saúde, a partir da autonomia, do protagonismo e do reconhecimento do trabalho em equipe, visando instrumentalizar esse profissional de saúde em seu trabalho cotidiano.

## **9. CONCLUSÕES**

A presente dissertação é um exemplo de que nem sempre é possível seguir as etapas previstas pelo pesquisador, encarando-as como prontas, à espera de sua apreensão intelectual. Esse trabalho é emblemático para demonstrar que objetos de pesquisa não são

passivos, à espera de sujeitos que escutem, olhem e interpretem. A pandemia de COVID19 que assolou as pessoas, rompeu definitivamente o modelo do pesquisador ‘aqui’ e de pesquisados ‘lá’. Somente no encontro foi possível delinear um novo objeto de pesquisa e as interpretações subsequentes.

Nessa pesquisa procurou-se observar as percepções dos agentes comunitários de saúde de uma determinada unidade sobre o trabalho por eles desenvolvido, considerando-se suas opiniões e experiências, por vezes inexploradas ou ignoradas, buscando-se valorizar a identidade do grupo de ACS, bem como as singularidades de cada um dos entrevistados. Percebeu-se a necessidade de compreender historicamente as suas trajetórias de vida e práticas de cuidado, bem como, dedicar um espaço privilegiado para explorar as vivências e sentimentos de ser um ACS em meio à pandemia. A partir do estabelecimento de um canal de diálogo, inicialmente numa conversa a dois e posteriormente ampliada nos espaços de devolutiva, busca-se estimular o protagonismo desses profissionais, compreendidos pelo pesquisador como sujeitos que honram o SUS, garantindo a dimensão comunitária junto com as equipes de saúde da família.

Cabe ressaltar que a literatura abrange superficialmente a atuação do agente comunitário de saúde e o aprofundamento nas competências desse profissional, bem como, nas iniciativas voltadas para a formação profissional e educação permanente desses trabalhadores, necessárias e urgentes para qualificar um importante pilar da orientação comunitária, que o ACS constrói a partir do vínculo com o território.

Portanto, instrumentalizar esses trabalhadores com ferramentas que possam aprimorar seu trabalho é fundamental, desde que articuladas com as necessidades dos trabalhadores e do território, de forma artesanal, específica, situada de acordo com os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho por esses agentes comunitários. Acredita-se, que apesar das dificuldades e obstáculos enfrentados, foram dados os primeiros passos.

## 10. REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. C. B. et al. Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, condições laborais e hábitos de vida. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 6, p. 1648, 2018.

BRASIL, M. DA S. **Portaria/GM 1.886, de 18 de dezembro de 1997, Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**, 1997.

BRASIL, M. DA S. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. p. 21–29, 2009.

BRASIL, M. DA S. **Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020: Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília, DF, 2020.

CARDOSO, M. H. C. A. Programa de história oral: os quatro módulos, método e prática. **Hist Cad**, v. 4, n. 1, p. 29–35, 1986.

DURÃO, A. V. R.; MENEZES, C. A. F. DE. Na Esteira De E.P. Thompson: Relações Sociais De Gênero E O Fazer-Se Agente Comunitária De Saúde No Município Do Rio De Janeiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 355–376, 2016.

GINZBURG, C. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: **Mitos, emblemas e sinais**. São Paulo: Schwarcz, 1989.

GIOVANELLA, L. **Os desafios da vacinação contra Covid-19 na Atenção Primária no SUS**. Disponível em: <<https://www.cee.fiocruz.br/?q=Os-desafios-da-vacinacao-contr-Covid-19-na-APS-por-Ligia-Giovanella>>. Acesso em: 7 ago. 2021.

GONÇALVES BANDEIRA, A.; RIGATTO WITT, R.; SILVA RODRIGUES, C. D. Competências Profissionais Dos Agentes Comunitários De Saúde: Uma Revisitação. **Revista de APS**, v. 21, n. 2, p. 206–218, 2018.

KEHL, M. R. Melancolia e criação. In: KEHL, M. R. (Org.). Luto e melancolia: Sigmund Freud. In: São Paulo: Cosac Naify, 2011. p. 9–31.

MARINHO, C. DA S.; BISPO JÚNIOR, J. P. Supervisão de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: entre controle, apoio e formação. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. 1–21, 2020.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, 2020.

MEDINA, M. G. et al. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 8, 2020.

MELO, E. A.; DE MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. The economic crisis and primary health care in the SUS of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4593–4598, 2019.

MENDONÇA, M. H. M. M.; GUSTAVO CORRÊA; GONDIM, R. L.; GIOVANELLA. Atenção Primária à Saúde. In: **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493–545.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** (Editora MS, Ed.) **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, 2018.

MOROSINI, M. V. et al. Nota Técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)**, v. 2507, n. 1, p. 1–9, 2020.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 261–274, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOTA, R. R. DE A. **Agentes Comunitários de Saúde: Trabalho e formação profissional numa perspectiva emancipatória**. 2010.

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ABRASCO. **O Agente Comunitário de Saúde: trabalhador imprescindível na abordagem comunitária e vigilância em saúde para o enfrentamento à Covid-19**.

Disponível em: <<https://redeaps.org.br/2020/07/13/o-agente-comunitario-de-saude-trabalhador-imprescindivel-na-abordagem-comunitaria-e-vigilancia-em-saude-para-o-enfrentamento-a-covid-19/>>. Acesso em: 7 ago. 2021.

RIQUINHO, D. L. et al. O Cotidiano De Trabalho Do Agente Comunitário De Saúde: Entre a Dificuldade E a Potência. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 163–182, 2017.

SAMUDIO, J. L. P. ET AL. Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária no Brasil: Multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trab. Educ. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 745–770, 2017.

SANTOS, ALVARO DA SILVA; SOUZA, T. O. Um novo ano e a importância do Agente Comunitário da Saúde (ACS) - um poema do ACS da gente. **Saúde Coletiva**, v. 8, n. 47, p. 5, 2011.

SANTOS, C. DA S. B. **Saúde do trabalhador no enfrentamento à pandemia: um estudo de caso sobre os agentes comunitários de saúde de Franco da Rocha-SP.**São Paulo, 2021.

SAÚDE, O. M. DA. **A Organização Mundial da Saúde acaba de declarar o covid-19 uma pandemia.** Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706881>>. Acesso em: 4 jul. 2021.

SIMAS, K. B. DA F. et al. (Bio)ética e atenção primária à saúde: Estudo preliminar nas clínicas da família no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1481–1490, 2016.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. DE M. Trabalho em saúde: Retrato dos agentes comunitários de saúde da região nordeste do Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1865–1876, 2017.

SOUZA, T. P. DE; OLIVEIRA, P. A. B. Quem somos nós? A identidade não tão secreta dos agentes comunitários de saúde. **Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 20, n. 1, p. 19–28, 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: 2002, 2002.