DESVELANDO A VIVÊNCIA DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE 1

Evidencing the work experience of a Multiprofissional Resident Team in Family Health with the Community Health Agents

Alexandra Corrêa de Freitas²
Layla Colognesi Pereira da Silva³
Márcia Batista de Jesus⁴
Mariana Franco Kumanaya⁵
Gilberto Tadeu Reis da Silva⁶

RESUMO

No decorrer da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a qual foi financiada pelo Ministério da Saúde e executada pela parceria entre a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Faculdade Santa Marcelina, surgiram inquietações relacionadas ao processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dessa forma, este trabalho busca compreender o papel, o processo de trabalho, o comportamento e as ações dos ACS. A modalidade de pesquisa escolhida foi a qualitativa fenomenológica. Os sujeitos da pesquisa são cinco residentes, autoras deste trabalho, inseridas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Foram utilizados os relatos de cada uma das residentes, construídos a partir de uma questão norteadora: "Como você percebe o trabalho dos ACS na UBS?" Os depoimentos foram analisados baseando-se nos passos da trajetória metodológica de um estudo fenomenológico. Após a análise das descrições dos sujeitos da pesquisa, foram encontradas 53 unidades de significado das quais surgiram temáticas que resultaram em quatro categorias abertas: "características do sistema de saúde", "competências e características

_

¹ Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família biênio 2005 a 2007, financiado pelo Ministério da Saúde a partir do convênio 3739/2004 com a Casa de Saúde Santa Marcelina em parceria com a Faculdade Santa Marcelina – Unidade de Ensino Itaquera. Endereço: Rua Voluntários da Pátria, 4110 – ap. 74A – Santana – CEP: 02402-500 – São Paulo/SP. Email: ale.cfreitas@terra.com.br. Telefone: (11) 8198-9931.

² Nutricionista, ex-residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina/ Casa de Saúde Santa Marcelina, Bolsista do Ministério da Saúde, Inscrição no CRN3-SP nº 13305

³ Enfermeira, ex-residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina/ Casa de Saúde Santa Marcelina, Bolsista do Ministério da Saúde, Inscrição no COREN-SP nº 0122942.

⁴ Assistente Social, ex-residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina/ Casa de Saúde Santa Marcelina, Bolsista do Ministério da Saúde, Inscrição no CRESS-SP nº 34000.

⁵ Farmacêutica-Bioquímica, ex-residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina/ Casa de Saúde Santa Marcelina, Bolsista do Ministério da Saúde, CRF-SP nº 36651.

⁶ Orientador. Doutor em Enfermagem, Professor Titular, Pró-diretor Administrativo, Pós-doutoramento em desenvolvimento junto ao CEDESS/UNIFESP, Líder do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Educação e Formação em Saúde – NEPEFES e do Grupo de Estudos Multiprofissional e Interdisciplinar na Promoção da Saúde na perspectiva da Saúde da Família e Coordenador do Curso de Especialização em Educação e Formação em Saúde do Programa de Pós-graduação da Faculdade Santa Marcelina – Unidade de Ensino Itaquera.

do ACS", "vínculo" e "realidade da UBS". Analisando e discutindo cada uma das categorias encontradas, compreendemos que o papel principal do ACS é ser o elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Observamos que a ambigüidade inerente a seu cargo, exerce influência no desempenho do papel, no processo de trabalho, comportamento e ações do ACS. Outros fatores como exigência de produção mensal, desfalques e rotatividade da equipe de saúde e avaliação exclusivamente quantitativa, contribuem negativamente em sua atuação. Percebemos também que a motivação no trabalho do agente está interligada à identificação com o cargo, satisfação profissional e ao vínculo estabelecido com sua comunidade; fatos agravados pelo desconhecimento sobre o próprio PSF e das corretas atribuições e competências do ACS. Concluímos que o objetivo da pesquisa foi alcançado e palavras como avaliação, incentivo, capacitação e supervisão são essenciais e podem ser a chave para que o PSF tenha maior êxito e sucesso. Por fim, acompanhar as ações do ACS possibilitou-nos um re-olhar ao PSF, cuja apresentação nesta pesquisa pode contribuir para um crescimento qualitativo do programa.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Recursos Humanos em Saúde. Avaliação em Saúde. Prática Profissional.

ABSTRACT

During the period of the Multiprofissional Residence in Family Health, which was financed by the Ministry of Health and executed by a partnership between the Santa Marcelina Rest Home and Santa Marcelina Faculty, questions arose concerning the working process of the Community Health Agents (ACS). Therefore, this study sought to understand the role of the ACSs,, their work processes, behavior, and actions. The type of research adopted was the phenomenological qualitative method. The research subjects were five residents, the authors of this project, assigned to a Health Center. Reports of each of the five residents were used, created around a leading question: "What is your perception of the ACS work in the Health Center?" The answers were analyzed based on the methodological trajectory steps of a phenomenological study. After the analysis, 53 units of meaning were found, from which themes arose, resulting in four open categories: "health system characteristics", "ACS competences and characteristics", "attachment" and "health center reality". Analyzing and discussing each one of the categories, we understood that the main function of the ACS is to be the link between the community and health care service. We noted that the ambiguity inherent to this activity exerts influence on how the job is done, ACS's working processes, behavior, and actions. Other factors like the monthly production demands made of health professional teams, stealing, turnover, and exclusively quantitative evaluations, provoke a negative contribution to his/her performance. We note that the motivation of ACSs in their work is related to the personal identification with the job, professional satisfaction, and the bond established with the community; these facts are aggravated by the lack of knowledge about PSF itself and correct ACS attributions and competences. We conclude that the goal of the research was

met and words such as evaluation, incentive, qualification and supervision are essential and could be the key for better results and success of the *PSF*. Finally, following *ACS*'s actions allowed us to re-examine *PSF*, whose presentation in this study can contribute to qualitative program growth.

Key words: Family Health Program. Health Manpower. Health Evaluation. Professional Practice.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Conhecendo o Programa Saúde da Família e o Agente Comunitário de Saúde

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, quando houve a reorganização da Atenção Básica para o modelo de atenção primária no Ministério da Saúde, cuja proposta era implantar uma estratégia em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, tendo a família como foco de atenção e não somente o indivíduo doente (ROSA; LABATE, 2005).

Dessa forma, não se referencia o PSF como um Programa e sim como estratégia de prática de saúde (CHAVES, 2002), a qual foi desenvolvida a partir da avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de outros programas básicos do SUS (BRASIL, 2002).

Na capital paulista, o PSF começou a ser implantado em 1995, por meio de ação conjunta entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e duas organizações sociais sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM) e a Fundação Zerbini. O projeto PSF foi denominado Qualidade Integral em Saúde (QUALIS) (BOUSQUAT *et al.*, 2006).

Na Zona Leste do Município de São Paulo, a CSSM iniciou a implantação desse projeto, em 1996, em diversas Unidades de Saúde localizadas em bairros carentes, tendo como proposta adaptar as unidades básicas de saúde ao novo modelo assistencial proposto (BOURGET, 2005).

Iniciado no PACS, o PSF também precisa do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como trabalhador essencial para sua execução. Ele é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora, preparado para orientar famílias sobre cuidados com a própria saúde e também com a saúde da comunidade e, certamente, possui características especiais, uma vez que atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social (BRASIL, 1999b).

Além do ACS, dentre as características do PSF, também destaca-se o trabalho em equipe como importante estratégia para a reorganização do processo de trabalho e abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2004). Ressalta-se, no entanto, que a composição das equipes do PSF vem sofrendo modificações ao longo do tempo (SILVA; TRAD, 2005) e, atualmente, muito tem se discutido a respeito dos papéis da equipe multiprofissional no PSF e inclusão de novos profissionais.

1.2 Apresentando a Residência Multiprofissional

Tendo em vista a ampliação do PSF e de sua equipe de profissionais, vários projetos e programas têm sido desenvolvidos enquanto estratégia de formação de profissionais para a Atenção Básica em Saúde.

Dentre eles está a ampliação dos Programas de Residência Multiprofissional, assim como o número de vagas e categorias profissionais participantes.

A residência multiprofissional visa capacitar o profissional para trabalhar em equipe, tentando abranger o conjunto das necessidades da pessoa em saúde, humanizar a assistência e promover a integralidade da atenção. Cada profissão contém um núcleo de competências próprio, cujo conhecimento específico precisa ser enfatizado e garantido. Os trabalhos interdisciplinares e multiprofissionais disponibilizam múltiplos núcleos de competências para a assistência, que somados redimensionam o trabalho individual. Potencializa-se, desta forma, um campo rico de possibilidades e criatividade, o qual reafirma a necessidade de inovar a gestão, a organização da atenção e o protagonismo dos trabalhadores no sistema de saúde. (BRASIL, 2005, p. 3-4)

Como exemplo, recentemente no Município de São Paulo foi realizada e concluída a I Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), idealizada e financiada pelo Ministério da Saúde, executada pela parceria entre a Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM) e a Faculdade Santa Marcelina (FASM).

Neste programa de residência havia dez diferentes categorias profissionais que tiveram o processo ensino/aprendizagem referenciado por aulas teóricas, ou momentos de concentração e desenvolvimento de práticas. As inserções na prática desenvolveram-se em hospitais, centros de saúde e, mais intensamente, em quinze das cinqüenta e oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) do PSF espalhadas na Leste 2, Divisão Regional de Saúde Leste do Município de São Paulo, coordenadas pela parceria entre a Prefeitura do Município e CSSM, que desenvolve a gestão da Atenção Básica na região.

1.3 Descrevendo a equipe multiprofissional de residentes

A RMSF do Município de São Paulo teve início em fevereiro de 2005, mas as atividades nas UBS tiveram início em abril do mesmo ano, quando foram formadas as equipes multiprofissionais de residentes.

Esta pesquisa diz respeito a uma dessas equipes, a qual foi composta por cinco profissionais de diferentes formações: Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Até a conclusão da Residência, esses profissionais realizaram trabalho em equipe numa mesma UBS, o que possibilitou conhecer e vivenciar as dificuldades, atuar em novos territórios e com diferentes profissionais, desenvolver estratégias e autonomia para lidar com situações adversas e, principalmente, observar e se aproximar do trabalho dos ACS.

No PSF o ACS é peça essencial para organização da assistência em saúde, por isso acompanhar sua atuação e tê-los como equipe de trabalho foi parte primordial para o alcance do objetivo da RMSF de articular o ensino e o serviço com vistas à realidade do PSF, o que se mostra necessário frente à afirmação da Secretaria de Políticas de Saúde (2000) de que há um número insatisfatório de profissionais qualificados e com perfil de atuação para esse novo sistema de saúde. Por esta razão, pesquisas que tenham como tema a experiência no PSF e a RMSF como metodologia de formação profissional mostram-se relevantes.

Levando o exposto em consideração e por questionamentos originados durante a vivência como equipe de residentes com a UBS, esse estudo tem o objetivo de buscar compreender o papel, o processo de trabalho, o comportamento e as ações dos ACS.

2 METODOLOGIA

2.1 Escolhendo a modalidade de pesquisa

Foi durante o convívio com os ACS que surgiram inquietações relacionadas ao seu processo de trabalho. Dessa forma, a metodologia escolhida para a pesquisa foi a qualitativa, pois ela trata do significado que as pessoas atribuem à sua vida e às coisas que nela ocupam, permitindo conhecer os sujeitos pessoalmente e o que eles experenciam no seu dia-a-dia. (SILVA, 2003).

A pesquisa qualitativa também permite descrever com facilidade a complexidade de determinada hipótese ou questionamento. Seu enfoque está nas experiências vividas pelo sujeito, nos sentimentos, nas emoções e na subjetividade humana (SILVA, 2003).

Inserida no método qualitativo, a fenomenologia mostrou-se uma modalidade de pesquisa que trilharia o caminho rumo à investigação do objetivo proposto.

Na pesquisa fenomenológica, o pesquisador não parte de um problema específico, mas conduz sua pesquisa a partir de uma interrogação acerca de um fenômeno, o qual precisa estar sendo vivenciado. Ela preocupa-se em mostrar, descrever e compreender o que surge através dos fenômenos vividos, dirigindo-se para a vivência cotidiana, de onde surge um "saber do fenômeno" (SCHNEIDER; VALLE, 1995; CORREA, 1997;).

Fenômeno, de etimologia grega do verbo *Phainestai* como mostrar-se, desvelar-se e da expressão *Phainomenon*, que significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra por si mesmo para o sujeito interrogador. O fenômeno é, então, aquilo que surge para uma consciência como tudo o que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que o interroga (CORREA, 1997).

Nesta pesquisa, o fenômeno interrogado foi: a percepção de residentes em saúde da família acerca do papel, processo de trabalho, comportamento e ações dos ACS.

2.2 Os sujeitos e o cenário se apresentam...

Tendo em vista o fenômeno a ser investigado, optamos por, além de autoras, sermos também os sujeitos dessa pesquisa, como forma de apresentarmos nossa percepção acerca do processo de trabalho dos ACS.

Para tanto, obedecendo às exigências éticas previstas na Resolução 196/96, a pesquisa foi registrada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina – Unidade de Ensino Itaquera e os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os sujeitos da pesquisa apresentavam características em comum: eram cinco residentes que atuaram em uma mesma UBS, que concluíram a graduação recentemente (há no máximo 2 anos) e que tinham conhecimento prévio, mesmo que superficial, a respeito dos ACS e sua atuação. Por outro lado, tinham diversas formações acadêmicas (assistente social, enfermeira, farmacêutica, nutricionista e terapeuta ocupacional) e eram egressas de diferentes instituições de ensino superior.

A UBS onde os sujeitos da pesquisa estiveram inseridos durante o período da RMSF localiza-se na região pertencente à Subprefeitura do Itaim Paulista e subdistrito Vila Curuçá.

Nesta UBS existiam cinco Equipes de Saúde da Família, denominadas equipes mínimas (um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ACS), que assistiam cinco mil famílias, o correspondente a, aproximadamente, dezenove mil pessoas.

2.3 Em busca do fenômeno...

Como forma de desvelar e interrogar o fenômeno utilizou-se os relatos de cada uma das residentes e autoras, construídos a partir de uma questão norteadora: Como você percebe o trabalho dos ACS na UBS?

No entanto, na abordagem metodológica escolhida, como etapa de sua construção, é necessário que haja um momento pré-reflexivo, de afastamento do pesquisador do fenômeno a ser desvelado, quando surgem as inquietações e as questões a serem respondidas. Este interrogar envolve um pensar sobre o que está sendo questionado, sendo assim, o pré-reflexivo do autor é o pensar do autor (BOEMER, 1994).

Dessa forma, o pré-reflexivo das autoras é o seu pensar a respeito do ACS; enquanto como sujeitos de pesquisa elas explicitam em seus depoimentos apenas o observado e vivido com os mesmos, afastando-se do seu prévio pensar sobre os ACS.

Os depoimentos foram analisados baseando-se nos passos da trajetória metodológica de um estudo fenomenológico, a qual é composta por três momentos fundamentais: a descrição fenomenológica, a redução e a compreensão fenomenológica (MARTINS *et al.* 1990).

A descrição é a etapa onde se expressa a percepção de como o sujeito se vê e se sente no mundo (CORREA, 1997; SILVA, 2003) e, portanto, diz respeito aos relatos de cada um dos sujeitos da pesquisa, obtidos a partir da questão norteadora já apresentada.

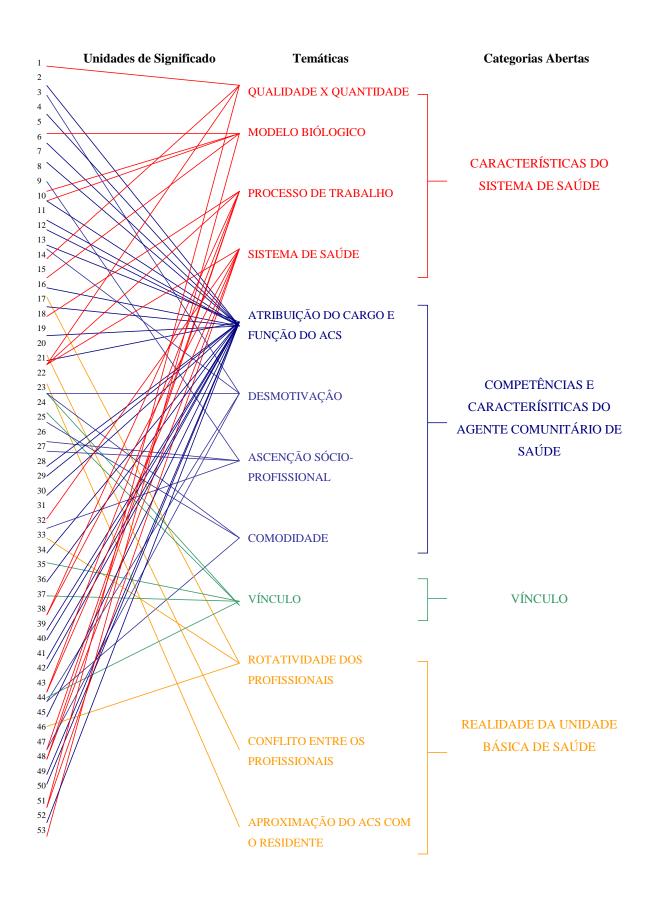
A fase de redução tem como principal objetivo identificar o núcleo e os fragmentos essenciais da fala dos sujeitos, ou seja, as partes da experiência do sujeito que são verdadeiramente indispensáveis para o estudo (CAPALBO, 1994). Neste momento, o pesquisador precisa colocar em suspensão todas as crenças, os conhecimentos prévios, qualquer hipótese, pressupostos e teorias, este momento é chamado de *epoché* (CORREA, 1997). Para esta etapa, enquanto autoras da pesquisa, foram realizadas diversas leituras de cada depoimento em separado, sem a preocupação de interpretar o que foi expresso. Após leituras seqüenciais e atentas, iniciou-se a apreensão dos significados atribuídos ao trabalho dos ACS, de forma a buscar compreensão sobre o descrito e resposta aos questionamentos realizados.

Por último, realizou-se a compreensão fenomenológica, momento em que se tenta obter o significado essencial na descrição e na redução. Assim, o pesquisador assume o resultado da redução como um conjunto de unidades de significado, que se mostram significativas para ele, apontando para a experiência do sujeito e para a consciência que o sujeito tem do fenômeno (CORREA, 1997). A partir dos temas obtidos dos relatos dos sujeitos de pesquisa na fase anterior da trajetória metodológica, buscaram-se unidades de significados, que foram organizadas em uma síntese para que fossem encontradas suas convergências, divergências e idiossincrasias.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO: Buscando compreender o fenômeno que se anuncia.

Foi por considerar essencial o papel do ACS e pela vivência na UBS, que a equipe de residentes problematizou o processo de trabalho do ACS e, no processo de análise fenomenológica dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, encontrou 53 unidades de significados, das quais surgiram 12 temáticas que resultaram em quatro categorias abertas: características do sistema de saúde, competências e características do ACS, vínculo e realidade da UBS. A trajetória em busca dessas categorias está ilustrada graficamente na Figura 1.

FIGURA 1: Gráfico de Convergências, Divergências e Idiossincrasias



Categoria 1: Características do Sistema de Saúde

Nesta categoria foram apresentadas características do sistema de saúde que parecem interferir negativamente no processo de trabalho do ACS e favorecer sua descaracterização.

A avaliação, em geral, exclusivamente quantitativa dos serviços de saúde, mostrase como um impasse para a atuação dos profissionais do PSF, dentre eles o ACS, como exemplificado por trechos de depoimentos:

"O Sistema de saúde contribui para esta descaracterização, visando e cobrando apenas os dados quantitativos..." (E31)

"Questões estruturais do programa, como características do serviço e incessante cobrança quantitativa pela produção, acabam desviando a qualidade do trabalho do ACS". (D1)

O papel da avaliação do desempenho das ações e programas de saúde vem ganhando importância, à medida que gestores e administradores do setor a vêem como método de se garantir qualidade da atenção e subsidiar decisões que atendam as necessidades reais da população (SZWARCWALD *et al.*, 2006).

A avaliação das ações e serviços realizados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) baseia-se nos dados inseridos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), implantado pelo Ministério da Saúde em 1998 (SILVA; LAPREGA, 2005), o qual monitora as metas estabelecidas a partir de indicadores de morbi-mortalidade e produção de serviços (HARTZ, 2000).

No entanto, Freitas e Pinto (2005) encontraram indícios de que a preocupação maior da ESF como um todo, se concentra no cumprimento de uma obrigação do cotidiano de trabalho e não na análise das informações que este sistema é capaz de fornecer para a realização do planejamento de ações e tomada de decisões.

Um agravante para essa situação é, no caso do Município de São Paulo, a produção de serviços estabelecida pelo documento que orienta a prática profissional na atenção básica de saúde. Em relação aos ACS, esse documento propõe que visitem 100% de suas famílias cadastradas no mês, estabelecendo uma meta diária variando de 10 a 15 visitas domiciliares (SÃO PAULO, 2005). Vale dizer que há a recomendação de que cada ACS seja responsável por, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas, (BRASIL, 1997; BRASIL, 1999a).

O comprometimento das ações dos ACS tendo em vista a cobrança numérica de ações realizadas pode ser observada no trecho abaixo.

"... a preocupação está em fechar o mês com 100% das famílias cadastradas visitadas, independente de entraves durante o período, como: ausências para cursos, atividades extra da UBS, feriados, período de recadastramento, etc. Cito essas situações pois todas ocorreram na UBS e pude verificar que as visitas domiciliares eram realizadas, mas sem a qualidade devida, apenas uma passagem do ACS pelo domicílio, para que pudessem ter a produção mensal que lhe é exigida".(B14)

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2002), a visita domiciliar é uma das competências de toda ESF; porém Azeredo et al. (2007) observaram que os ACS são os maiores responsáveis pelo acompanhamento domiciliar das famílias cadastradas no PSF.

A visita domiciliar representa um componente facilitador para a identificação de necessidades e situações de risco, além de merecer reconhecimento por sua capacidade de colaborar para a educação em saúde e então, contribuir com a prevenção de doenças e promoção da saúde (AZEREDO *et al.*, 2007).

Visto sua importância, acredita-se que a exigência mensal e a preocupação com o cumprimento do número estabelecido de visitas domiciliares (100%) possa comprometer a qualidade do trabalho do ACS ao engessar sua atuação, de forma que os objetivos da visita domiciliar não sejam atingidos.

Enfim, apesar da importância e necessidade das medidas quantitativas, estas se mostram insuficientes para apreender o conjunto de ações que devem ser desenvolvidas pelo ACS, exigindo assim uma avaliação contínua e com abordagem qualitativa, principalmente sob os itens que fazem do PSF um modelo assistencial diferenciado, como por exemplo, vínculo com a comunidade, qualidade da visita domiciliar, estratégias para educação em saúde e foco de atenção à saúde.

Considera-se como foco de atenção à saúde o modelo assistencial utilizado pelo serviço, que no caso do PSF foi pensado de forma a reorientar a atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, extrapolando a esfera da intervenção curativa, clínica e individual (ROSA; LABATE, 2005).

No entanto, de acordo com as recomendações da Norma Operacional de Assistencial à Saúde - NOAS (BRASIL, 2001), a atenção básica deve contemplar, no mínimo, um conjunto de ações voltadas à assistência à: criança, mulher, hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose, de hanseníase e saúde bucal, as quais são denominadas como prioridades da atenção básica / PSF.

Critica-se a definição dessas prioridades, pela possibilidade de influenciar um foco de atenção à saúde voltado a doenças, tornando-se um fator colaborador para o

distanciamento do ACS de ações destinadas à promoção e prevenção da saúde e identificação de situações de risco de sua comunidade, como explicitado em trechos de discursos:

"... atividades prioritárias na atenção básica se dão (sic) de forma que as ações dos ACS voltam-se aos agravos à saúde (com ênfase aos priorizados pelo governo, tais como tuberculose, hipertensão, etc)".(A5)

"... a atenção fica muito voltada ao tratamento de doenças e, novamente, vejo a prevenção e a promoção da saúde sendo posta de lado". (B10)

"Visita Domiciliar com olhar direcionado para doença, não identificando outras situações de risco". (C15)

Há autores que compartilham desse pensamento, como é o caso de Rosa e Labate (2005), que acreditam que a atenção de muitas ESF fica exageradamente voltada aos programas pré-estabelecidos, o que empobrece a estratégia, pois pouco se faz pelos problemas locais e reais necessidades de saúde da população, não gerando impacto na mudança da qualidade de vida e humanização da assistência.

Por outro lado, é preciso refletir a respeito dessas afirmações, uma vez que é verdade que se fazer cumprir o que é preconizado e regulamentado pelo PSF é um grande desafio frente ao cotidiano das práticas da atenção básica e, mais especificamente, das ESF. Entretanto, não se pode afirmar que as prioridades dessa estratégia se voltam exclusivamente ao tratamento de doenças, uma vez que nesses grupos prioritários também deve-se realizar ações que se caracterizem como de promoção e prevenção à saúde.

De qualquer forma, a apresentação das realidades vivenciadas que identificam o favorecimento à descaracterização do processo de trabalho do ACS e mostram-se como fator limitante à atuação deste profissional e sucesso do PSF. Dessa forma, consideramos essencial o incentivo e realização de capacitação para orientação e resgate da estratégia e das ações dos ACS, supervisão freqüente e avaliação contínua e qualitativa do serviço prestado à comunidade.

Categoria 2: Competências e características do ACS

Para chegarmos a essa categoria, encontramos unidades de significado que nos levaram à algumas temáticas que interferem na forma como vem se desenvolvendo o papel, o comportamento e as ações dos ACS.

Iniciaremos com a ambigüidade existente no ser ACS e com a exemplificação de um discurso:

"A ambigüidade do cargo do ACS influencia para que ao aproximar-se da realidade do serviço de saúde os ACS realizem uma escolha entre a comunidade e o serviço de saúde".(A4)

Do léxico (HOUAISS *et al.*, 2004), ambigüidade se define como: hesitação entre duas ou mais possibilidades; dúvida, incerteza, indecisão. Situação básica a qual está submetido todo ser humano, que consiste em se defrontar com a ausência de um sentido pré-estabelecido ou pré-fixado para vida devendo, portanto, lutar incessantemente para inventá-lo ou estabelecê-lo no mundo real.

Discute-se a ambigüidade do ACS, pois ele possui uma situação singular, uma vez que deve obrigatoriamente residir na área de atuação da ESF (FORTES; SPINETTI, 2004) e então, não só se assemelha nas características e anseios de sua comunidade, mas também conhece as necessidades desta população (Brasil apud SILVA; DALMASO, 2002).

Dessa forma, "ao se colocar entre o serviço de saúde e a população, o trabalho do ACS reflete essas duas dimensões: auto-organização e os sistemas oficiais de saúde" (SANTOS, 2004, p.125), podendo assim, ser um facilitador e mensageiro de saúde de sua comunidade.

Contudo, a vivência com os ACS, mostrou-os realizando uma escolha entre a comunidade e o serviço de saúde, assim como identificado por Nogueira *et al.* (2000) ao perceberem no trabalho do agente um dilema permanente: a dimensão social convivendo com a dimensão técnica assistencial, que aparece principalmente na dinâmica da prática cotidiana e que em determinadas situações dão mais espaço para um ou para outro pólo, os fazendo optar por um desses, segundo suas exigências, recompensas e referências.

Essa escolha a que podem estar submetidos os ACS pode levá-los a um afastamento de sua comunidade e consequente dificuldade ou comprometimento na realização de suas competências, que, resumidamente, são: facilitar a integração entre as equipes de saúde e as populações; desenvolver atividades de planejamento e avaliação, em equipe, das ações de saúde; desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, estímulo à participação social e trabalho intersetorial; desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco sanitário e desenvolver ações de prevenção e monitoramento, dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes (BRASIL, 2003).

Outras consequências negativas, a respeito do afastamento do ACS de sua comunidade por sua identidade dividida, foram vividas e descritas pelos, como: o não cumprimento de sua competência de apoiar e incentivar a participação popular e o uso de

vocabulário técnico, influenciado pelo convívio com profissionais da saúde, como mostram os discursos a seguir.

"Percebemos que aspectos como representação da comunidade, a liderança comunitária e o incentivo à participação popular (...) estão perdidos ou inexistentes. Isso os torna, cada vez mais, um profissional técnico (...) que perde a visão real dos problemas existentes na sua população".(D 7,11)

"... ao aproximar-se da realidade do serviço de saúde os ACS (...) tendem a ver-se como profissional de saúde (...). Esta identificação produz um desejo de ascensão profissional dentro da área da saúde, o uso de termos técnicos (...). Colabora, também com o não incentivo à participação popular; no entanto esta falta de incentivo também é agravada pelo desconhecimento sobre as formas de organização da população".(A 7,8,11,12)

"... em alguns casos, ser agente comunitário de saúde, é entendido com o uma passagem para galgar um melhor status sócio/profissional, o que levanta a possibilidade de que tal idéia prejudique ainda mais o trabalho do ACS, acarretando em uma deficiência na qualidade e empenho nas suas ações". (D26)

O uso de vocabulário técnico descaracteriza o ACS, compromete suas funções e o afasta de sua comunidade, uma vez que a escolha de residentes dos próprios bairros de atuação da ESF para desempenharem o papel de agente tem como um dos objetivos o de aumentar a eficácia das ações de educação em saúde, pelo fato dessas pessoas compartilharem um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo lingüístico (NUNES *et al.*, 2002).

Inserido neste contexto, também encontramos apontamentos nos discursos que indicam que o cargo de ACS é, muitas vezes, visto como um diferencial que lhe possibilita um status sócio-profissional perante a comunidade e, também como um passo importante na busca de ascensão profissional. Situações essas que, segundo Rosa *et al.* (2004), comprometem o bom desenvolvimento das funções do ACS e acarretam queda na qualidade e no desempenho de suas ações.

Indo de encontro ao exposto, em trabalho de Nunes et al (2002), os autores encontraram nas falas dos próprios ACS que ao fazerem parte da ESF, sentem-se orgulhosos de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular, o que lhes confere prestígio social, uma vez que o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade. Os mesmos autores ainda afirmam que o ACS efetivamente ocupa uma função de poder na comunidade, o que pode ser interpretado de forma positiva, quando há boa relação e aliança com a comunidade, ou ser prejudicial, em situação contrária.

Outros agravantes que contribuem para a descaracterização do ACS foram relatados. Como exemplo, tem-se o desconhecimento ou pouca clareza dos profissionais e da população acerca do papel do ACS e suas atribuições, principalmente em situações em que a estrutura e organização da UBS estão comprometidas, como mostram os depoimentos.

"... a pouca clareza quanto ao papel do ACS pelos profissionais e população que esperam do ACS algo distinto de suas atribuições". (A2)

"O comprometimento no desenvolvimento e qualidade do trabalho (...) é agravado pelo fato da Unidade ter passado por momentos de mudanças na estrutura organizacional, podemos elencar um ponto importante que foi a rotatividade dos profissionais técnicos, a qual levou a população a buscar competências nos ACS que não lhe pertence, como troca de receitas, busca por laudos médicos e encaminhamentos, e marcação de consultas." (E28)

Em avaliação do PSF realizada pelo Tribunal de Contas da União, foram descritos os principais problemas encontrados e que vêm prejudicando o desempenho do Programa. Assim como observado e relatado pelos residentes, afirmaram que a população tinha dificuldade em entender o modelo assistencial do PSF, identificando a Unidade de Saúde da Família como apenas mais um posto de saúde tradicional, o que contribui de forma negativa à consolidação dos vínculos entre os profissionais de saúde e a população, e ainda, ganhou notoriedade a elevada rotatividade e a dificuldade na contratação dos médicos das ESF (BRASIL, 2002).

O mesmo foi encontrado por Menegolla *et al.* (2003), em trabalho onde os ACS destacaram alguns desafios que por eles são enfrentados, como: a falta de entendimento da população quanto ao trabalho dos ACS, dificuldade no cotidiano de trabalho quando suas atividades são confundidas com as de outros membros da equipe e troca freqüente de membros da ESF.

Em estudo de Oliveira *et al.* (2003), a população demonstrou reconhecer o papel do ACS enquanto elemento de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde; entretanto, verificaram que ações de organização, valorização e desenvolvimento da comunidade, bem como as ações coletivas, não eram desenvolvidas. Dessa forma, a população desconhecia esse papel do ACS, indicando a necessidade de avaliação na capacitação dos enfermeiros - supervisores e nas atividades que eles vêm planejando e desenvolvendo junto aos ACS.

A falta de uma clara definição sobre as atribuições do ACS faz com que seu papel seja distorcido e sobrecarregado com ações que fogem de sua competência (TOMAZ, 2002). Os sujeitos da pesquisa compartilham essa opinião e acreditam que essa problemática pode ser agravada por fatores como: falta de perfil para a função de ACS,

tempo de atuação neste cargo e desmotivação com a profissão, como descrevem os depoimentos.

"O ACS desconhece seu papel pela forma que ingressou na categoria e por não ter tido uma inserção melhor qualificada". (C13,42)

"... o longo período de tempo de trabalho dos ACS na unidade, realizando a mesma função (...) faz com que suas atividades tornem-se rotineiras e a desmotivação em realizá-lo é notável".(B3)

"... desmotivação com as mudanças de profissionais e estratégias de ação dentro da UBS".(C 3)

Questiona-se a forma como o ACS ingressa nessa profissão, uma vez que muitos desconhecem o trabalho deste profissional, mas vêem nesse cargo a oportunidade de inserção no mercado de trabalho.

"Ser agente comunitário de saúde aparece como oportunidade de reingresso no mercado de trabalho para muitos" (SILVA; DALMASO, 2002, p. 115). Essa afirmativa também é explorada por Ferraz e Aerts (2005), quando discutem que o crescimento dos programas em que o agente está inserido abre em todo o País oportunidades de emprego, principalmente às populações mais carentes, tendo em vista que a implantação do programa tem como prioridade as comunidades de baixa renda.

Outro fator importante e que exerce interferência no trabalho do ACS, é o tempo de atuação do indivíduo neste cargo. Nesse caso, acredita-se que um longo período de atuação como ACS pode facilitar o vínculo com a comunidade, tornando-o uma referência no serviço de saúde, mas, por outro lado, observou-se que essa situação pode tornar suas atividades rotineiras e trazer comodidade e desmotivação em realizá-las.

Em trabalho que realizou entrevistas com famílias cadastradas no PSF, os autores não observaram relação entre o tempo de trabalho do agente (de 1 a 6 anos) com o grau de satisfação da população (OLIVEIRA *et al.*, 2003), porém, outros autores encontraram que os ACS muitas vezes convivem com a frustração de suas limitações pessoais, pela falta de trabalho em equipe e apoio de outros profissionais e dificuldade em resolver os problemas de saúde da comunidade, sendo preciso ter força para não esmorecer e continuar um trabalho comprometido (MENEGOLLA *et al.*, 2003), o que pode ser afetado com o tempo.

A motivação para um trabalho tem íntima relação com a satisfação que ele proporciona, com a forma com que foi escolhido (SPIRI, 2006) e com o significado que cada um atribui à atividade que realiza (BERGAMINI, 1997).

Como exemplo, tem-se um estudo que pesquisou as atividades que mais motivavam os ACS em sua rotina de trabalho. As visitas domiciliares representaram a preferência e a atividade que apresentou menor percentual de motivação foi o desenvolvimento das atividades educativas (PEREIRA; TORRES, 2006).

Tendo isso em vista, é preciso verificar as causas de desmotivação do ACS, a qual foi relatada como situação presente, decorrente de muitos dos fatores já discutidos nessa pesquisa, e que pode comprometer a atuação deste profissional.

Enfim, entendemos que é emergencial a necessidade de se reestruturar o processo de seleção do ACS, de forma que identifique no indivíduo o perfil esperado para a profissão. Também é de suma importância que os profissionais de saúde conheçam, compreendam e divulguem à população usuária do PSF qual o verdadeiro papel, atribuições e competências do ACS, além de reconhecê-lo e permiti-lo exercitar sua função de elo entre o saber popular e o saber técnico. Para tanto, são cabíveis atividades que trabalhem motivação, comprometimento e o resgate de seu papel, além de melhoria do processo de qualificação do ACS, os quais ainda são considerados desestruturados e insuficientes para desenvolver competências desejáveis para o desempenho adequado de sua profissão.

Categoria 3: Vínculo

A categoria vínculo aparece nos relatos como uma idiossincrasia, ou seja, uma temática peculiar às outras, e que percebemos a necessidade de ser melhor explicitada.

"Os ACS desempenham papel importante nesta UBS já que muitos deles trabalham no local há longo período de tempo, o que facilita o vínculo da comunidade com a UBS".(B 24)

"...ao mesmo tempo em que um vínculo superficial teve seus prejuízos, uma permanência longa no mesmo cargo de trabalho, nesse caso o ACS, acabou tendo um lado não muito efetivo. Apesar do longo período de tempo num mesmo estabelecimento ter um lado positivo de facilitar o vínculo e conhecer melhor a sua população, isso gera enorme comodidade e desmotivação, por estarem sempre realizando as mesmas atividades, além de prejudicar o vínculo uma vez obtido".(D24,44)

Do léxico, vínculo é o que estabelece um relacionamento lógico ou de dependência; o que impõe uma restrição ou condição. (HOUAISS *et al.*, 2004).

Tem-se estabelecido dentre as atribuições do ACS que ele deve realizar a ligação entre as famílias e o serviço de saúde (FONTINELE Jr, 2003). Para que isso ocorra de forma efetiva, é preciso que o ACS estabeleça relações de vínculo e de ajuda através de

diálogo, paciência e compreensão para conquistar sua confiança (MENEGOLLA et al., 2003).

Ainda, exercer a função de mediador entre comunidade e pessoal de saúde, faz com que o ACS viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde (FORTES; SPINETTI, 2004).

Por isso, o ACS vive a contradição de ser uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha e de ser formado profissionalmente a partir de referenciais biomédicos, trazendo a possibilidade de um diálogo entre esses dois saberes e práticas, o que pode fazer com que o ACS ora seja um facilitador, ora seja um empecilho na implantação de um novo modelo assistencial (NUNES *et al.*, 2002).

Nesse sentido, entendemos que o vínculo entre ACS e comunidade mostra-se essencial para a realização de um trabalho com qualidade e efetivação da estratégia, podendo ser facilitado quando há presença de características desejáveis em um ACS, como liderança, empatia, simpatia, dinamismo e conhecimento da realidade local.

Dessa forma, novamente ressaltamos a necessidade e relevância de treinamento, capacitação e educação permanente aos ACS, munindo-os sobre conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, além de outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades.

Categoria 4: Realidade da UBS

Um outro fato que muito chamou atenção, por contribuir de maneira significativa no processo de trabalho do ACS foi o próprio cenário em que se encontrava a Unidade Básica de Saúde.

"...houve muitos conflitos entre os profissionais técnicos, o que acabou provocando uma grande rotatividade nos mesmos". (D16;20

Desde que ingressamos como residentes, houve alta rotatividade de profissionais na UBS, gerada por diversas razões, entre elas a ocorrência de conflitos internos, o que trouxe mudanças importantes na estrutura organizacional da mesma.

No Brasil, a operacionalização das Políticas Públicas da Saúde através do PSF tem proporcionado melhoria nos indicadores de Saúde. Mas a estratégia tem a questão da fixação dos Recursos Humanos e a alta rotatividade dos profissionais, como um dos grandes desafios a ser enfrentado (GUGLIELMI, 2006).

Infelizmente, muitos profissionais se inserem no PSF pelo atrativo de uma remuneração diferenciada; porém isso nem sempre garante a fixação do profissional a ele, pois, em decorrência das diretrizes e normas da proposta, da insatisfação com as condições de trabalho, deficiências no processo de capacitação, educação descontínua e infraestrutura deficitária, ocorre uma alta rotatividade dos profissionais (TRAD, 2003).

Essa situação foi vivenciada e a falta de profissionais essenciais para o andamento do programa colabora para a descaracterização do ACS, que se sobrecarrega com atividades que fogem de sua função, contribuindo para manutenção de um ciclo vicioso que dificulta o andamento adequado do PSF.

Outros autores encontraram a mesma situação e afirmam:

... um dos fatores dificultadores do trabalho do ACS foi a rotatividade dos enfermeiros (...). Ressaltamos a importância do papel do enfermeiro no PACS e PSF, tanto ao ponto de vista formativo, como agente motivacional de mudança, no sentido de buscar minimizar a desigualdade social e facilitar a melhoria da qualidade de saúde da região (ROSA et al., 2004, p. 260).

Dentro deste contexto, destacamos a aproximação entre residentes e ACS, por terem sido os profissionais que se mantiveram na UBS, o que foi fator decisivo para o surgimento do interesse em realizar este trabalho.

"Essa mudança frequente de equipe técnica fez com que os poucos profissionais preservados nas unidades fossem os ACS e nós residentes. Assim foi possível estabelecer um maior contato entre as partes e perceber, com maior atenção, mais algumas peculiaridades". (D22)

Essa situação também é vivenciada em outros locais, como demonstra trabalho que pesquisou a opinião dos usuários sobre o trabalho de cada profissional da ESF, e obteve o ACS como profissional com maior aprovação por parte dos entrevistados, por ser ele o personagem mais conhecido da ESF e por ir freqüentemente nos domicílios, inclusive dos moradores que não costumam freqüentar a unidade. Por outro lado, muitos usuários relataram desconhecer os demais profissionais da UBS, sendo a alta rotatividade dos profissionais um dos motivos para esse achado (SILVA; RONZANI, 2006).

A relação de proximidade entre residentes e ACS mostra-se como um momento de construção e constituição do residente que, além de conhecimentos teórico-práticos e técnicos, busca no ACS àquele que indica caminhos para a edificação de sua carreira pessoal, profissional e acadêmica.

Sendo assim, acreditamos que iniciativas como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família precisam ser disseminadas, além da necessidade de reformulação curricular dos cursos de graduação da área da saúde, de forma a valorizarem a saúde como

real direito de todos e a saúde pública como campo de atuação que possa trazer satisfação, reconhecimento e sucesso profissional.

4 CONCLUSÃO - O Desvelado e Compreendido: Considerações

No decorrer de nossa trajetória em busca da compreensão do fenômeno, alcançamos o objetivo dessa pesquisa.

Compreendemos que o papel principal do ACS é ser o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, mas para que isso ocorra de forma efetiva, é preciso que exista um bom vínculo entre as partes.

O processo de trabalho, comportamento e ações dos ACS sofrem grande influência do desconhecimento da população, dos próprios agentes e dos demais profissionais da equipe a respeito do PSF e das atribuições e competências do ACS. Além de fatores como identificação com o cargo que ocupam, forma como ingressam na profissão, nível de satisfação profissional e motivação com o trabalho, presença e apoio de equipe de saúde completa.

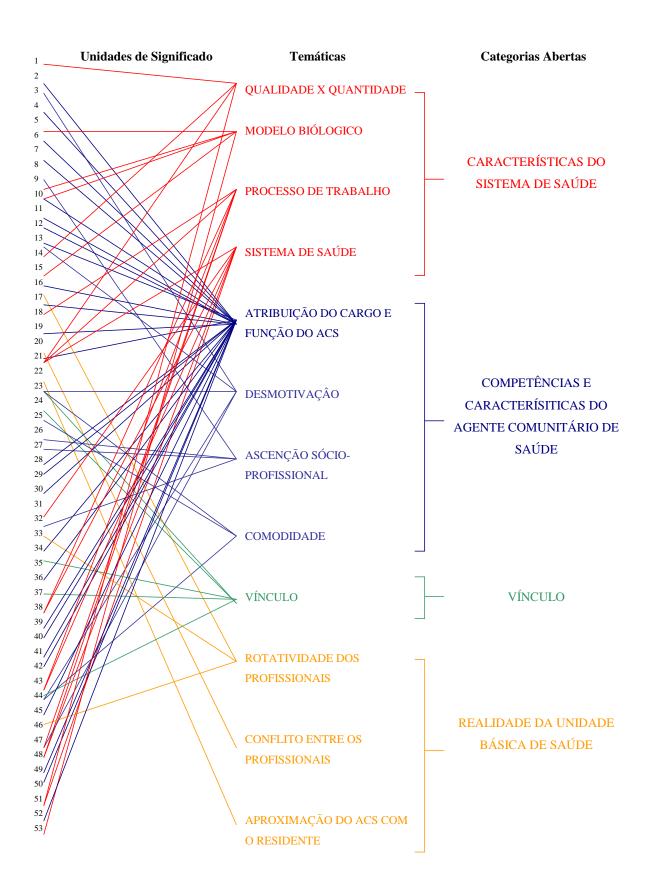
Acreditamos que para conhecer a realidade do sistema de saúde, é preciso que se institua uma avaliação qualitativa periódica, valorizando principalmente as ações da atenção básica.

Entendemos ainda que, além da avaliação, palavras como incentivo, capacitação e supervisão são essenciais, merecem destaque, e se colocadas em prática podem ser a chave para que a estratégia PSF tenha maior êxito e sucesso.

Vislumbramos que esta pesquisa possa contribuir para o PSF e para a valorização do ACS enquanto profissional essencial para a estratégia, pois diante dos sentidos e significados encontrados a partir do olhar dos pesquisadores, pode-se identificar vivências e realidades semelhantes, assim como pontos em comum que requerem aperfeiçoamento e planejamento de ações para a mudança do quadro em que se encontra.

Por fim, acompanhar as ações do ACS possibilitou-nos um re-olhar ao PSF e suas características, evidenciando a relevância dos vínculos estabelecidos com a comunidade e conosco mesmo diante da realidade evidenciada, florescendo em uma ação educativa em que residente e agente comunitário desenvolvam um trabalho conjunto, na medida em que esses atores desvelam uma aproximação que aponta para diversas possibilidades.

FIGURA 1: Gráfico de Convergências, Divergências e Idiossincrasias



REFERÊNCIAS

AZEREDO, C. M. *et al.* Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 743-753, maio-jun. 2007.

BERGAMINI, C. W. Motivação nas Organizações. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1997. 216 p.

BOEMER, M. R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 83-94, jan. 1994.

BOURGET, M. M. M. (Org.) **Programa Saúde da Família**: manual para o curso introdutório. São Paulo: Martinari, 2005. 144 p.

BOUSQUAT, A. et al. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócioespacial no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1935-1943, set. 2006.

BRASIL. Decreto n. 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade do agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 out. 1999a. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/CLT/Profis_regul/D3189_99.html>. Acesso em: 09 nov. 2006.

BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.886, de 18 de Dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do programa dos agentes comunitários de saúde e do programa de saúde da família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 1997. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf. Acesso em: 09 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Agente Comunitário de Saúde. In: SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface** – **Comum. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p.75-96, fev. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família no Brasil**: linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. I Seminário Nacional da Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília – DF, 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/TextodeReferencia.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde** (ACS). Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). **Avaliação do Programa de Saúde da Família** PSF. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2002. 20 p.
- CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 192-197, out. 1994.
- CHAVES, L. M. **Programa Saúde da Família**: satisfação dos membros das famílias inscritas em Goiânia-GO. 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado)-Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2002.
- CORREA, A. K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 83-88, jan. 1997.
- FERRAZ L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.
- FONTINELE JR, K. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: Atenção Básica, 2003. 114 p.
- FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, set.-out. 2004.
- FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica SIAB. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 547-554, jul.-ago. 2005.
- GUGLIELMI, M. C. A Política Pública "Saúde da Família" e a Permanência Fixação do Profissional em Medicina: um estudo de campo em Pernambuco. 2006. 130 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2006.
- HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. **Divulg. Saúde para Debate,** Londrina, v. 21, p. 29-35, dez. 2000.
- HOUAISS, A. *et al.* **Dicionário Houaiss da Língua Portuguêsa**: elaborado no Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2925 p.
- MARTINS, J. *et al.* A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.139-147, abr. 1990.
- MENEGOLLA, V. L. *et al.* O Agente Comunitário de Saúde no desenvolvimento de seu trabalho. **Bol. Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 81-93, jul.-dez. 2003.

- NOGUEIRA, R. *et al.* A vinculação institucional de um trabalhador sui generis o agente comunitário de saúde. [Texto para discussão 735]. 2000. 33p. Disponível em http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf >. Acesso em: 09 ago. 2007.
- NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov.-dez. 2002.
- OLIVEIRA, R. G. *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. **Acta Scient. Health Scien.**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 95-101, 2003.
- PEREIRA, L. L.; TORRES, M. S. O programa de formação técnico de agente comunitário de saúde do Ministério da Saúde, e as necessidades de capacitação dos agentes: o caso do distrito sanitário I no município de Olinda/PE. II Curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS. Olinda: Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva; 2006.
- ROSA, A. S. *et al.* O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 255-261, jul.-set. 2004.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov.-dez. 2005.
- SANTOS, M. R. Agente Comunitário de Saúde: perfil social x perfil profissional. **Rev. APS,** Juiz de Fora, v. 7, n. 2, p. 125, jul.-dez. 2004.
- SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Documento norteador**: compromisso das unidades básicas de saúde com a população. São Paulo, SP, 2005.
- SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Responsabilidades da Rede de Apoio à Implantação do Programa Saúde da Família. São Paulo, 2002.
- SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, jun. 2000.
- Secretaria de Políticas de Saúde (2000)> deve ser Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria.... Citado na pagina 4.
- SCHENEIDER, J. F.; VALLE, E. R. M. O indivíduo denominado esquizofrênico análise ideográfica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 48, n. 3, p. 286-296, jul.-set. 1995.
- SILVA, G. T. R. **Preceptoria como ação educativa: uma leitura hermenêutica fenomenológica, SP**. 2003. 232 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2003.

- SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov.-dez. 2005.
- SILVA, C. M.; RONZANI, T. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Revista **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=575. Acesso em: 13 ago. 2007.
- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde**: o ser, o saber, o fazer. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 217 p.
- SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface Comum. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005.
- SPIRI, W.C. A Identidade do Agente Comunitário de Saúde Uma Abordagem Fenomenológica. **Ciên. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/ artigo_int.php?id_artigo=129>. Acesso em 13 ago. 2007.
- SZWARCWALD, C. L. *et al.* Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciên. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 11,n. 3, p.643-655, set. 2006.
- TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface Comum. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.
- TRAD, L. Programa de Saúde da Família: cenários diversos em condições adversas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. Trabalhos apresentados ... Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 63.

Submissão: Abril 2007

Aprovação: outubro de 2007