

# O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO DE SEU TRABALHO

## HEALTH COMMUNITY AGENT IN HIS WORK DEVELOPMENT

**Vera Lucia Menegolla**

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família

**Denise Sain Polleto**

Mestre em Assistência de Enfermagem. Orientadora, professora titular do Curso de Enfermagem da UPF

**Mônica Krahl**

Mestre em Enfermagem. Professora adjunta do Curso de Enfermagem da UPF

Instituição: Universidade de Passo Fundo - UPF

### RESUMO

Estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa que objetivou conhecer as dificuldades encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de uma Equipe do Programa Saúde da Família, no desenvolvimento do seu trabalho cotidiano. Os dados foram coletados em setembro de 2003, através de entrevistas semi-estruturadas, com nove sujeitos e analisados à luz do método de análise temática, descrito por Minayo (1994). O estudo evidenciou como dificuldades: a falta de entendimento da população quanto ao trabalho das ACS; o número elevado de pessoas da comunidade a serem atendidas; o medo; as limitações quanto à resolutividade dos problemas da comunidade; a falta de organização, de companheirismo e de coleguismo da equipe multidisciplinar e a negativa de alguns profissionais da equipe em realizar a visita domiciliar.

### PALAVRAS-CHAVE

Agente comunitário de saúde, condições de trabalho, Programa Saúde da Família.

### ABSTRACT

Exploratory descriptive survey, with qualitative approach which aimed at knowing the difficulties found by Health Community Agents (ACS) from a team of the Family Health Program (PSF), in the development of their daily work. The data were collected in September 2003, with semi-structured interviews of 9 subjects and analyzed according to the thematic analysis method described by Minayo (1994). The survey evidenced as difficulties: the lack of understanding of the population as to the ACS work; the high number of people in the community to be attended; fear; the limitations concerning the resolutivity of community problems; lack of organization, fellowship and loyalty within the multidisciplinary group and the denial of some professionals in the team to make home consultation.

### KEY WORDS

Health community agent, working conditions, Family Health Program.

## INTRODUÇÃO

Um caminho seguro de acesso ao serviço de atenção básica, como se dá no Programa Saúde da Família (PSF), é pela promoção da saúde, pela assistência básica e pela prevenção. Cada pessoa da comunidade é assistida antes do surgimento dos problemas, no seu aparecimento e quando os mesmos se agravam.

A própria população precisa ser convencida de que agora a mudança é séria, e isso significa uma luta tremenda contra a desconfiança crônica existente entre pessoas, que, há décadas, e, com grande frequência, são iludidas pelos políticos que prometem e não cumprem.

Conforme o Ministério da Saúde, nas cidades onde está implantado o PSF, as crianças adoecem menos, as gestantes têm seu pré-natal garantido, os casos de hipertensão e diabetes são controlados e os idosos recebem mais atenção. (BRASIL, 2000).

Segundo o PSF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) recebe capacitação para reunir informações de saúde sobre a comunidade onde mora, tais como: ser um dos moradores daquela rua, daquele bairro, daquela região, como também ter um bom relacionamento com seus vizinhos. Precisa dispor de oito horas diárias para o trabalho, ser orientado pelo médico e pela enfermeira de sua equipe. Seu trabalho consiste em ir de casa em casa, observar e anotar tudo o que afetar, de alguma forma, a saúde da comuni-

dade. Deverá, também, segundo o Ministério da Saúde, estar atento a problemas que afetam o meio ambiente (lixo, água, esgoto e outros). (BRASIL, 1997).

A legislação referente ao PACS exige dos municípios um programa gradual e permanente de treinamento aos agentes comunitários de saúde selecionados, que se renova de acordo com seu trabalho no dia-a-dia. O principal responsável pela capacitação é o enfermeiro, instrutor-supervisor que também acompanha o ACS, orientando-o, de acordo com as necessidades constatadas. (BRASIL, 1997).

De acordo com Costa Neto (2000), o ACS é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente cento e cinquenta famílias que vivem em seu território de atuação, sendo imperativa sua total identificação com o mesmo. Também deve expressar capacidade de liderança, para que suas ações sejam direcionadas ao alcance da melhoria das condições de vida e de saúde da comunidade.

Um dos pontos fortes do Programa Saúde da Família, no qual a inserção dos ACS é fundamental, é a busca ativa que os leva até às casas das pessoas, vendo, de perto, a realidade de cada família, fornecendo orientações e encaminhamentos aos casos necessários, ou tomando outras providências para garantir uma melhor qualidade de vida.

Devido à importância das ações dos ACS, para a eficácia do PSF, as possíveis dificuldades,

percebidas pelos membros da equipe no desenvolvimento do trabalho, poderão comprometer o bom andamento, e, portanto, a qualidade do que se deseja alcançar.

De qualquer forma, a inserção do ACS, como força de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS), vem contribuindo para a concretização do processo de municipalização da saúde, bem como para a definição da proposta do Ministério da Saúde em relação ao Agente Comunitário de Saúde, qual seja, “a prestação de cuidados primários de saúde para aumentar a cobertura de atendimento à população” (FORTES, 2002, p. 13).

Assim, pela necessidade de um bom engajamento dos ACS à comunidade onde estão inseridos, bem como para contribuir para a melhoria do PSF de um município do interior do Rio Grande do Sul, o presente estudo objetivou conhecer as dificuldades encontradas pelos ACS das equipes de Saúde da Família no desenvolvimento do seu trabalho cotidiano.

## METODOLOGIA

Para melhor conhecer e estudar a realidade de um grupo de ACS, surgiu a necessidade de desenvolver um estudo de caráter exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, que buscou identificar como o Agente Comunitário de Saúde se sente em relação ao seu trabalho e às dificuldades que encontra para realizá-lo.

Para possibilitar a realização deste estudo, foi contatado, inicialmente, o Serviço de Saúde de um município, que possui uma população aproximada de noventa mil habitantes e se localiza na região do Alto Uruguai, no estado do Rio Grande do Sul, através da Coordenadora responsável pelo PSF. Foi apresentado a ela o projeto de pesquisa e, em seguida, houve um contato com todas as ACS das equipes do bairro

selecionado, que aceitaram participar. Este bairro caracteriza-se por ser um dos maiores do município e possuir uma população aproximada de dezessete mil habitantes. Após, foi dado a conhecer aos ACS os objetivos do trabalho, partindo, então, para a coleta de dados, realizada em setembro de 2003. Houve participação livre de nove desses membros das equipes, todas mulheres, que prestaram suas contribuições a uma entrevista semi-estruturada, no mais absoluto sigilo e ética profissional. O roteiro norteador para as entrevistas continha questões relativas às dificuldades dos ACS na realização de seu trabalho junto à comunidade, bem como a que atribuíam essas dificuldades.

Os dados obtidos foram analisados à luz do método de análise temática descrito por Minayo (1994). Após decupagem, procedeu-se a leitura e a releitura das entrevistas. Buscou-se sua interpretação e sustentação, sempre em comparação com o embasamento teórico, sendo delimitados por assunto e significância, para, posteriormente, serem agrupados em categorias.

Foi apresentado um termo de consentimento aos ACS, que aceitaram, espontaneamente, participar da pesquisa. Nesse documento, ficou assegurado sigilo e anonimato, bem como o direito de interromper ou desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento. Os dados colhidos foram de inteira responsabilidade do pesquisador, assim como a sua publicação. Cabe salientar que este estudo atendeu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, RS.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trabalhar com o ser humano e sua família não é uma tarefa fácil, principalmente quando nos deparamos com as dificuldades vivenciadas

no cotidiano de cada um. Tais diferenças podem estar relacionadas a fatores culturais, sociais e econômicos dos profissionais entre si, bem como das famílias e da interação que deveria haver entre os mesmos.

O Agente Comunitário de Saúde, que surgiu para ser um elo de ligação entre os profissionais envolvidos e a comunidade, a partir desta nova estratégia de lidar com a saúde da população, passa a se estabelecer como uma linha de vanguarda para abertura de caminhos que possibilitem melhorar a saúde dos brasileiros.

Nesse íterim, os ACS têm enfrentado alguns desafios, aqui configurados como dificuldades, que estão categorizadas como segue:

### **Falta de entendimento da população quanto ao trabalho dos ACS**

De acordo com o Programa de Implantação da Unidade de Saúde da Família (BRASIL, 2000), o agente comunitário de saúde deve manter contato permanente com as famílias, facilitando, com isso, a vigilância e a promoção da saúde realizadas por toda a equipe. Deve ser, também, um elo cultural que realiza o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre o saber popular e o saber científico. Este é o comportamento esperado. No entanto, percebemos, através dos depoimentos dos entrevistados, que nem sempre é assim que as informações são entendidas, havendo muitas distorções, conforme podemos constatar através de suas falas:

*“[...] eles querem que a gente faça o papel de enfermeiro, porque eles querem que ‘tu veja’ pressão, que tu dê injeção e como a gente não pode, eles [...].” (DEPOIMENTO 1).*

Essa fala traduz o forte apego da população ao antigo modelo hegemônico de saúde, quan-

do os profissionais, numa atitude assistencialista, resolviam os problemas detectados, sem a participação efetiva da população. Esta, numa atitude de passividade, ficava à espera de soluções.

A fala a seguir corrobora com o acima exposto e, ainda, demonstra uma atitude impositiva e de exigência da população quanto ao trabalho dos ACS, uma vez que são pagos, portanto obrigados a realizar suas ações sem critérios instituídos:

*“Eu penso que a maior dificuldade em satisfazer a comunidade não é ocasionada pela carência dos mesmos, mas sim pela sua ignorância, porque eles querem tudo.” Eles acham que ‘tu ganha prá isso e porque que tu não pode fazer’? Porque que tu não pode fazer tal coisa? Tu tá ganhando pra que então? Tá ganhando só pra caminhar na rua [...] outra vez só com papel pra assinar. [...] eles acham que o tempo que tu tiver tem que estar à disposição deles.” (DEPOIMENTO 2).*

Os ACS relataram, ainda, a dificuldade que encontram em seu cotidiano de trabalho, quando suas atividades são confundidas com as dos outros membros da equipe. Este é um equívoco que pode causar sérios conflitos entre a população e os ACS, bem como com toda a equipe do PSF, conforme a fala:

*“[...] se nós não fazemos alguma coisa, o nosso serviço não vale nada. Nós temos que ‘dá’ uma de enfermeiro, de doutor, porque a gente chega nas casas, eles se queixam que me dói aqui, me dói ali, o que que eu posso tomar[...] e como nós, como Agente de Saúde, vamos estar indicando medicação? Depois dá qualquer coisa, vai sobrar pra quem? (DEPOIMENTO 3).*

Acreditamos que, para minimizar os problemas acima expostos, seria interessante um

maior entendimento, entre os membros da equipe, sobre o seu papel como agentes de mudança. A partir do momento em que houver essa sensibilização, aumentará o compromisso de todos na efetivação de um trabalho integrado, com todos compreendendo a ação de todos e participando, efetivamente, na resolução de seus problemas.

Alguns conflitos também são possíveis ser percebidos entre os ACS e os membros da comunidade, quando a cultura do 'dar algo em troca' acontece:

*[...] assim como tem gente que gosta da gente e não passa nem um mês e estão esperando a nossa visita, têm aqueles que tu sabe que tem[...] e essas pessoas não se contentam em tu chegar e pedir, acompanhar a família[...] eles dizem: o que que adianta vocês virem aqui assinar este papel todo mês[...] eles sempre querem algo em troca e a gente[...] por mais que tente não consegue[...] é, o povo não é fácil de se agradar[...]. (DEPOIMENTO 4).*

Ou seja, nem sempre as informações/orientações são reconhecidas, e percebe-se que mudar comportamentos/hábitos é difícil, pois mexe com as pessoas e muitas delas não estão preparadas para estas mudanças.

Graham *apud* Poletto (1999, p. 31) diz que “[...] diferenças conceituais entre indivíduos e grupos podem ser construtivas e não destrutivas, se soubermos como e o que fazer com eles, pois podem representar a própria construção da inovação”.

Concorda-se com a autora acima citada, porque muitas vezes os ACS podem assumir atitudes impositivas, com o intuito de ajudar as famílias. No entanto, é necessário que os ACS compreendam as diferenças e o saber popular para que haja a efetividade das ações.

### **Número elevado de pessoas da comunidade a serem atendidas**

Atender à comunidade significa cuidar dela. “Cuidar tem o sentido de manifestar cuidado com interesse, tendo compaixão por outro ser humano”. (NIGHTINGALE *apud* WALDOW, 1997, p. 17). Também, pode ser entendido como um ato de preservação da vida, que proporciona a atenção necessária praticada com responsabilidade, atenção e afeto, estabelecendo uma relação de confiança entre os seres. Esse entendimento permite às pessoas, envolvidas no processo, cuidarem e aprenderem umas com as outras, através da reciprocidade e aceitação. Desta forma, estabelece-se a relação co-participativa de cuidado, o que promove o crescimento mútuo.

Contudo, não é fácil vivenciar essa relação em sua plenitude, devido ao tempo despendido entre uma visita e outra, e pelo número elevado de famílias que os ACS devem cuidar. Cada ACS possui aproximadamente entre cento e cinquenta e duzentas famílias que precisam visitar. Entre essas, há aquelas com prioridades, por terem em seu seio crianças recém-nascidas, crianças até cinco anos de idade, gestantes, diabéticos, etc. Há, também, casas com pessoas que não apresentam estas particularidades, ou mesmo essas necessidades, mas precisam ser visitadas regularmente. Se isso não for cumprido, a comunidade cobra, como ressalta a seguinte fala:

*“[...] mas tu não tem que apresentar aquela folha assinada todos os meses? Como que tu não vem na minha casa!” (DEPOIMENTO 5).*

### **Medo**

O medo de enfrentar situações adversas no seu cotidiano de trabalho traz como consequência, aos ACS, uma gama de sentimentos que se

constituem em obstáculos ao seguimento adequado dos preceitos do Programa Saúde da Família. Das falas das participantes deste trabalho, extraímos as seguintes subcategorias:

### De represálias da população

Como esse bairro apresenta um contexto de realidades distintas, com setores de maior e outros de menor renda e de violência, entre outros, isto gera nos ACS, algumas dificuldades de enfrentamento no momento em que visitam as famílias para detectar e também prevenir os problemas existentes, resolvendo os de sua competência, e encaminhando, os demais, para os outros profissionais da equipe de saúde. Muitas vezes, essa ação toma um sentido de invasão de privacidade das famílias, devido à desconfiança de muitas delas, quanto à presença do ACS em suas casas.

De acordo com Mouly (1979, p. 121):

*Embora seja possível justificar o medo de algumas coisas, muito freqüentemente os medos são inteiramente desproporcionais aos possíveis perigos existentes e, [...] o prejuízo causado por tais medos é muito maior do que os possíveis perigos resultantes da situação.*

Foi possível constatar o medo de represálias da população, a partir da seguinte fala:

*“Têm casas que tu tem medo de ir sozinha [...] ali onde mataram aquele rapaz, esses dias, eles estavam tudo de arma dentro de casa [...] quando uma pessoa chegava e eles apontavam a arma até saber quem é [...].” (DEPOIMENTO 6).*

Dessa forma, pode-se perceber que a violência existente no bairro, já praticada contra outras pessoas, faz com que os ACS sintam

medo, fiquem temerosos e expostos a situações de risco, uma vez que podem estar sujeitos a essa situação.

A fala abaixo demonstra, claramente, o medo da represália da população, mas, agora, devido à forma como é realizado o agendamento das consultas médicas:

*“Hoje de manhã, quando eu cheguei, tinha um menino que queria porque queria agendar uma ficha pra de manhã, porque senão ele ia botar uma bomba aqui dentro pra explodir [...].” (DEPOIMENTO 7).*

O PSF não prevê o agendamento de consultas na Unidade de Saúde da Família, mas sim o agendamento das visitas domiciliares, junto às famílias, mostrando, mais uma vez, a confusão de entendimento sobre o real papel do ACS.

Para Mouly (1979, p. 121):

*Na amplitude mais normal, o elemento medo dá uma certa prudência e cuidado, que não somente impede comportamento inadequado, mas também pode conduzir a comportamento positivo, exigindo, por exemplo, um certo grau de preparação.*

O depoimento de Ana demonstra que o elemento medo está presente e está fundamentado nos fatos relativos à violência do bairro. Contudo, às vezes, é possível superá-lo, conforme verificamos em sua fala:

*“[...] que nem, tem ‘os lugares que é mais sujo’ e como é que você vai falar da limpeza, se são umas pessoas “estoradas”, que nem esses dias eu fui ali, a “fulana” falou, tem que limpar e a mulher nos olhou com olho grande, não gostou. Então, tem lugares que não dá pra ir sozinha, mas tem lugares que dá.” (DEPOIMENTO 8).*

### De não conseguir acompanhar adequadamente as orientações do programa

O medo, nesse caso, deriva-se das limitações pessoais dos agentes comunitários de saúde, para a compreensão das orientações recebidas:

*“É que, muitas vezes, a gente quer fazer as coisas, mas a gente é muito limitada.[..]” (DEPOIMENTO 9).*

O medo deve-se, também, ao fato de as famílias assumirem atitudes que expressam o desejo de obter algo em troca, quando as orientações são fornecidas pelos ACS, deixando emergir ranços do assistencialismo, contrariando princípios de cidadania e desencadeando, por conseqüência, um conjunto de ações de eficácia discutível:

*“[...] no caso da higiene, e que você vá lá e oriente que é para o bem deles, pra não ter doenças [...] eles sempre querem ter algo em troca. Então, pra conseguir, você tem que prometer algo em troca[...].” (DEPOIMENTO 10).*

Os ACS ainda não encontraram uma forma de resolver esse impasse, até porque essa não se configura como uma ação de eleição para a solução de problemas. Seria importante a existência de ações efetivas e harmônicas das secretarias do governo municipal bem como dos profissionais envolvidos, para que a comunidade, como um todo, pudesse compreender a importância da sua participação como sujeito ativo do sistema, e, assim, compartilhasse do mesmo.

### **Limitações quanto à resolutividade dos problemas da comunidade**

Os ACS relataram ter algumas limitações quanto à resolutividade dos problemas da comunidade, e estas se relacionam a:

### Pressões da população pela demora do agendamento das consultas médicas

Há necessidade de integração das ações, para que o funcionamento básico da USF seja garantido. Para tanto, agilização, objetividade, boa comunicação e rapidez das ações de atendimento são necessárias para que a população também faça a sua parte, compreendendo as fases do processo de agendamento.

*“O agendamento é um problemão muito grande, ele reclamam muito, muito... a reclamação deles é que se a pessoa está doente vai ter que esperar morrer para depois ser atendido.” (DEPOIMENTO 11).*

*“Como é que eu vou planejar a minha doença, se eu ficar ruim eu vou no posto.” (DEPOIMENTO 12).*

*“Nós temos que agendar a doença, porque a gente tá doente e vai lá agendar uma consulta e, quando chega o dia da consulta, já melhorou.” (DEPOIMENTO 13).*

Para corroborar a falta de entendimento da população a respeito deste procedimento, a fala que segue, coloca:

*“Eles não gostam, a maioria fala que não gosta, mas também tem que não precisa madrugar aqui. Não é assim, só que o pessoal às vezes não entende direito. Eu acho engraçado porque se quando consultavam, e que o médico só olhava onde é que dói e passava a receita, reclamavam e agora que tem um médico que investiga, que conversa com o paciente... que às vezes nem é doente, é mais psicológico, daí eles reclamam também porque tem que esperar.” (DEPOIMENTO 14).*

*Há, portanto, “dificuldades nessa comunicação, que não se dá de forma suficiente-*



*mente clara e no nível de entendimento da população [...].” (MORETTO, 2001, p. 17).*

#### Falta de apoio do sistema para as questões de higiene e saneamento básico

A maioria das propostas de saúde pública, que se correlaciona com problemas sociais no Brasil, é enfraquecida pelo próprio governo, que não investe seriamente nessa área. Muito se fala em torno do assunto, mas as previsões orçamentárias estão sempre muito aquém do mínimo necessário.

Idealismo e um conhecimento discutível na seleção das prioridades de saúde da população traçadas pelos gestores fazem com que sejam cometidos alguns ‘equivocos’, que provocam sucessivas frustrações nos ACS, ao perceberem que suas tentativas de solução dos problemas não produzem resultados satisfatórios, conforme coloca Sílvia:

*“Eu acho que não tem como falar de saúde, de higiene e de qualquer assunto que seja! Se tu olha lá e vê as crianças brincando no barro, pulando naquela água, os esgotos atravessando na porta, ou senão correndo das janelas das casas, da pia da cozinha, é a maior nojeira todas aquelas moscas, é tudo[...]. Às vezes, a casa é bem limpinha, mas as moscas entram igual, a água tá ali, a podridão tá ali.” (DEPOIMENTO 15).*

Ou pode assumir, ainda, uma conotação de falta reconhecimento pelo seu trabalho, ou mesmo presença de interesses políticos/pessoais/administrativos:

*“Como naquele trabalho, que apresentaram à comunidade, mostrou o PSF, mostraram a avenida, mas nós não trabalhamos na avenida, nós trabalhamos no bairro... isso é uma*

*mentira, é um descaso com o nosso trabalho. Todo mundo que assiste isso acha que é uma glória, nós não, nós trabalhamos em cima do barro, com chuva, no meio do esgoto, no meio da bosta, e ninguém tem coragem de levantar a mão e dizer que não é verdade... teria que divulgar mais o que realmente é o nosso trabalho... uniforme, calçado e esgoto é prioridade... Acho que eu me sentiria a pessoa mais feliz se eu passasse e não visse uma vala e as crianças no meio da... do esgoto e a gente ter um uniforme, todas nós, e você sair, ir num evento e mostrar a cara do município, porque lá não está o nosso rosto, mas você está representando a saúde do município.” (DEPOIMENTO 16).*

Segundo Chaplin apud Krahl (2001, p. 37):

*Essas ocorrências e manifestações ressaltam que, quando a política administrativa desloca a qualidade para a produtividade, o paciente é visto como um indicador desta produção e o trabalhador como instrumento para o alcance destes objetivos, o homem está, em realidade, sendo violado em seus instintos de conservação e valorização da vida.*

#### **Falta de organização, de companheirismo e de coleguismo da equipe multidisciplinar**

Em seus depoimentos, os ACS relataram que a colaboração dos companheiros de equipe é imprescindível para o bom andamento das orientações e cuidados de saúde prestados à população, embora alguns deles observam que é muito insipiente o envolvimento desta equipe em relação aos problemas da comunidade.



### Envolvimento insipiente dos profissionais de saúde no trabalho

Os profissionais da equipe de saúde convivem com a diversidade cultural entre eles mesmos. No entanto, quando trabalham por algum tempo juntos, são capazes de formar uma cultura de concepções semelhantes, que, muitas vezes, pode excluir e se sobrepor aos demais membros.

Verificam-se estas diferenças quando se observa, na prática, que os ACS sentem-se excluídos da equipe de trabalho, como apontam as falas abaixo:

*“A situação deixa muito a desejar, porque a gente quer conversar junto, quer colocar uma idéia e tu já é cortado na hora. Tu te obriga a ficar quieta e aceitar as coisa, não pode falar muito porque as colegas se viram contra ti, [...] e daí tu te obriga a aceitar aquilo.” (DEPOIMENTO 17).*

E:

*“Entre os agentes de saúde, médico e enfermeiros, não existe... um vínculo de amizade, é difícil... parece que a confiança entre as pessoas ficou lá em último lugar... que não vão tanto pelo lado humano... tu tem que seguir aquele modelo que vem lá de cima, e tu tem que seguir só aquele modelo, tu não pode fazer coisa a mais... teria que adequar conforme a situação... a gente não pode ir além do nosso trabalho [...]” (DEPOIMENTO 18).*

Na verdade, o que podemos perceber é a falta de diálogo e integração entre os membros participantes das equipes, pois, de acordo com Poletto (1999, p. 66), “[...] ter atitudes integrativas não pode se resumir a uma parte ou a uma parcela, já que são várias as equipes, várias os setores que se interligam;

por isso, ocorrendo uma visão compartilhada de todos, efetivam-se atitudes integrativas globais.”

A autora acrescenta, ainda, que é possível “constatar uma relação de mútua ajuda entre os membros da equipe, quando há compartilhamento das coisas que acontecem no trabalho [...]” (POLETTI, 1999, p. 66).

Em relação à equipe de trabalho, algumas falas apontam que a dificuldade é a falta de informação, principalmente porque as pessoas não falam a mesma linguagem:

*“Às vezes, tu passa uma informação pra eles na rua e eles vêm aqui e tem pessoas ali na frente que falam outra coisa diferente.” (DEPOIMENTO 19).*

*“Isso é fazer pouco caso do teu trabalho, porque a gente vai pra rua e atende todo tipo de situação, a gente traz as coisas tudo mastigado. Se você não conseguir passar toda informação, tu volta e busca a informação, e teu serviço não é reconhecido dentro da Unidade. Teu trabalho vai[ ..], vai rio afora[...]num todo, ele não é reconhecido, porque nós temos bastante problema e pouco reconhecimento.” (DEPOIMENTO 20).*

O depoimento acima assume um caráter de desabafo, que pode gerar conflitos pela insatisfação em seu trabalho. De acordo com Krahl (2001, p. 44), “a satisfação ou insatisfação estão vinculadas às condições de trabalho, entendidas como a divisão das tarefas, a habilidade para executá-las, as relações de poder e as responsabilidades inerentes”. Ainda, para a autora, “a importância de ter seu trabalho reconhecido e valorizado, sobretudo por seus pares, é relevante para o bem-estar do ser humano.” (KRAHL 2001, p. 66).

Porém, conforme a fala a seguir:

*“Têm muitas pessoas que não têm aquele amor pelo trabalho... que nem a gente tá acostumado a trabalhar... muitos querem é o dinheiro, eles não querem trabalhar... então eles dizem... queria eu ter um trabalho desses, andam só na rua de um lado pro outro não fazem nada, [...]” (DEPOIMENTO 21).*

Os profissionais, com atitudes como as acima citadas, deveriam refletir sobre o seu papel junto à comunidade onde estão inseridos.

#### Troca freqüente de membros da equipe

Os ACS, que colaboraram com este estudo, relataram que ocorre, com freqüência, a troca de membros da Equipe de Saúde da Família. Para eles, é um motivo de queda em seu desempenho, uma vez que a confiança estabelecida na equipe, a partir da convivência prolongada, traz maior segurança nas decisões a serem tomadas. Podemos conferir o acima citado, nas falas:

*“A troca de membros da equipe causa transtornos, porque você tem que começar de novo e, até você se entrosar, leva um tempo... tu fica com o pé atrás, às vezes, tu vê uma coisa lá fora e tu tem que chegar e falar ... será que ela vai me dar a resposta adequada que eu estou precisando pra levar de volta[...]” (DEPOIMENTO 22).*

E:

*“Isso aí quebra com as equipes, [...] porque quando tá a equipe inteira e tá indo, quebra dum lado, e troca enfermeira ou troca médico, [...] o pessoal também se acostuma e, depois, quando chega uma pessoa estranha, até eles pegarem afinidade [...] eles reclamam bastante.” (DEPOIMENTO 23).*

As declarações acima corroboram com a idéia de que esse constitui um dos maiores entraves para a integração de uma equipe de trabalho, principalmente se levarmos em consideração que, para integrar uma equipe, é necessário saber que:

*Integrar é descobrir que as pessoas se assemelham porque possuem características comuns, embora sejam diferentes em seus modos de pensar e agir, por serem singulares em si mesmas. Por isso, devem ser respeitadas e estimuladas nessas diferenças. (POLETTTO, 1999, p. 73).*

Entretanto nem sempre a valorização e o respeito às diferenças são levados em consideração. A autora acima citada salienta que:

*Alguns fatores favoráveis à integração e, portanto, estimuladores de coesão da equipe, podendo ser considerados atributivos, como franqueza, paciência, confiança, seriedade, honestidade, competência, por dependerem diretamente dos sentimentos mais profundos do ser humano, do indivíduo, mas que podem ser coletivizados numa relação de mutualidade. (POLETTTO, 1999, p. 85).*

#### Falta de treinamento

Outra subcategoria extraída das falas dos sujeitos deste trabalho é a que se refere à falta de treinamento aos agentes comunitários de saúde, para executarem, com melhor adequação, os trabalhos que lhes competem.

Um deles, ao se referir sobre esta questão, diz:

*“Eu peguei treinamento só na prática e noto que eu tenho uma maneira diferente de registrar as informações e de ver as coisas. Eu tenho tudo anotado num caderno.” (DEPOIMENTO 24).*

Já o outro refere:

*“Eles chegam e despejam todos os problemas pra cima da gente, e a gente, às vezes, nem sabe como vai responder, o que que vai fazer. Então, é difícil pra gente, porque nós [...] eu não tenho uma estrutura pra dar uma resposta como se eu tivesse aquele preparo.” (DEPOIMENTO 25).*

É imperativo que os profissionais envolvidos nesse programa voltem sua atenção e se preocupem, com seriedade, com o preparo dos ACS, conforme preconiza o programa.

### **Resistência de alguns profissionais da equipe em realizar a visita domiciliar**

Houve momentos em que os ACS participantes deste trabalho desabafaram sua indignação quanto ao descrédito da população, devido ao não cumprimento das atividades programadas, como é o caso da visita domiciliar por alguns profissionais da equipe, fazendo alusão de que alguém de maior competência legal deveria adverti-los. Disseram também que o PSF deveria investir mais na capacitação dos profissionais, para que suas atitudes dentro da equipe exteriorizassem o sentido integrativo, essencial ao trabalho em equipe.

*“O doutor [...] acho que ele passô em tudo que é treinamento, então ele sabe o trabalho que tem que fazer. Se ele não está cumprindo, alguma coisa está acontecendo, porque, é claro, não cabe a mim puxar a orelha dele.” (DEPOIMENTO 26).*

*“Eu acho que o PSF tem que ter mais vínculo entre médico, enfermeiro e agentes de saúde e com as famílias[...]visitar mais as famílias.” (DEPOIMENTO 27).*

É de fundamental importância a visita do médico e dos enfermeiros às famílias, para verificarem a real situação das mesmas. No entanto, além de resistirem em realizá-las, colocam em questionamento a atuação dos ACS.

*“Ser questionada sobre a visita domiciliar, com o médico na casa, dependendo a família[...], a pessoa que caminha e que pode ir até a Unidade e às vezes ele fica meio resistente e ele não quer ir[. ]para que ele, a “Maria” caminha, então a “Maria” tem que ir até a Unidade[...].” (DEPOIMENTO 28).*

E:

*“Quando chega no dia das visitas domiciliares e, ou porque tá chovendo, ou porque faltou alguma enfermeira, ou então o doutor que quer saber se a visita é para um acamado e, não sendo, ele diz que a pessoa deve vir até o posto, porque ele não vai fazer a visita. “De chegar na casa de cadastrados meus e ele perguntar: É acamado? Não. Então vamos voltar pro carro e voltar pra unidade, não faz a visita”, e as pessoas te cobram, pois você se comprometeu com eles. Mas eu recebo ordens, eu tenho meus superiores e eu vou falar o quê?” (DEPOIMENTO 29).*

Percebemos que não é disponibilizado um tempo maior para a realização das visitas domiciliares, não sendo dada a devida importância às mesmas, no que se refere à prevenção, pois são destinadas quase que, exclusivamente, às pessoas doentes, contrariando o preconizado pelo PSF. Segundo Costa Neto (2000, p. 43), “o ACS deve agendar as visitas segundo um programa semanal da USF, priorizando situações e grupos de risco e as solicitações dos ACS.”

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que os valores de vida devem ser adquiridos nos planos moral e ético. Não podemos, a priori, decidir sobre o que devemos fazer, sem antes conhecer, em profundidade, a realidade que nos cerca, porque o que vivemos é um constante processo de criação e invenção, para o surgimento de uma nova sociedade. Sociedade esta que pare, reflita e busque novas formas de convívio e que solucione, com maior eficiência, os seus problemas. Necessitamos de uma nova mentalidade para encontrar o que procuramos, modificando consciências para o desencadeamento de novas atitudes e novas responsabilidades, pois, assim, teremos força para modificar e transformar a realidade social.

Durante o tempo das entrevistas bem como o da atuação da pesquisadora junto aos ACS, uma vez que houve uma convivência profissional anterior, foi possível perceber que eles não estão totalmente preparados e não sabem como proceder, frente a algumas situações. A Equipe de Saúde da Família e os gestores, juntamente com a comunidade, deixam a desejar no desempenho de suas funções e responsabilidades, uma em relação à outra. Há dificuldade de envolvimento efetivo para mudar a realidade em que vivem.

A valorização da saúde está em verdadeiramente iniciar um processo de mudança na forma de “ver” a mesma, buscando aproximar as famílias aos agentes de saúde da comunidade na qual estão inseridos. Dessa forma, haverá maior crescimento de todos, bem como a melhoria da qualidade de saúde e de vida pelo envolvimento, participação e compromisso social que passarão a expressar. Devemos levar em consideração que, no mundo desenvolvido, o princípio do viver está em defender a bandeira de uma vida com qualidade.

Para obter a colaboração da comunidade frente ao cuidado que deve ter consigo mesma, é necessário estabelecer relações de vínculo e de ajuda através de diálogo, de paciência e muita compreensão para conquistar a sua confiança. Além disso, os ACS precisam de apoio contínuo dos gestores do sistema, bem como dos componentes da Equipe de Saúde da Família. Esse apoio poderá ser oferecido através de uma educação permanente efetiva que oportunize aos agentes, além de receberem as instruções preconizadas pelo programa, criarem seus próprios mecanismos de ação, após discussão e reflexão conjunta com toda a equipe e comunidade. Assim, mais enfática será a interação Agente Comunitário de Saúde/Equipe/Comunidade no respeito ao seu modo de vida e suas culturas, adequando-os às condições saudáveis de convivência humana e de manutenção efetiva de um estado de saúde pessoal, ambiental e coletivo.

Durante a caminhada investigativa, foi possível observar a força de cada ACS para não esmorecer e continuar na luta por um trabalho comprometido com os princípios do SUS, muito embora convivam com a frustração de suas limitações pessoais, com a frustração pela falta de sentido de equipe dos profissionais e pela frustração ao apoio, muitas vezes discutível, dos gestores, situações estas geradoras de uma frustração ainda maior pela dificuldade em resolver os problemas de saúde da comunidade, conforme os limites de sua competência.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da unidade de saúde da família**: Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 2000. Caderno 1.
- \_\_\_\_\_. **Programa comunitário solidário**: Programas de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF, 1997.
- \_\_\_\_\_. **Treinamento introdutório**: Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 2000. Caderno 2.

- CHAPLIN, Maria José M. A dinâmica do centro cirúrgico numa perspectiva de relacionamentos cotidianos. In: KRAHL, Mônica. **Prazer e sofrimento: o cotidiano do enfermeiro no centro cirúrgico**. Passo Fundo: UPF, 2001.
- FORTES, M. R. S. **Enfermagem na promoção dos cuidados primários na saúde pública**. São Paulo: Everest, 2002.
- GRAHAM, P.; FOLLETT, Mary Parker. Profeta do gerenciamento. In: POLETTTO, D. S. **Liderança integrativa na enfermagem**. Passo Fundo: EDIUPF, 1999.
- KRAHL, Mônica. **Prazer e sofrimento: o cotidiano do enfermeiro no centro cirúrgico**. Passo Fundo: UPF, 2001.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MORETTO, Eliane Sobiesiak. **Os enfermeiros e o SUS: da realidade à possibilidade**. Passo Fundo: UPF, 2001.
- MOULY, George Joseph. **Psicologia educacional**. São Paulo: Pioneira, 1979.
- POLETTTO, Denise Sain. **Liderança integrativa na enfermagem**. Passo Fundo: EDIUPF, 1999.
- WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2. ed. São Paulo: Sagra; Luzzatto, 1999.