

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Andressa Ambrosino Pinto

**PARA ALÉM DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE:** o desafio dos modos de  
cuidar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)

Rio de Janeiro  
2016

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

**PARA ALÉM DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE:** o desafio dos modos de  
cuidar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)

Andressa Ambrosino Pinto

Dissertação apresentada à Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito  
parcial para a obtenção do título de Mestre em  
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Cavalcanti  
Raposo Lopes

Rio de Janeiro  
2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

P659p

Pinto, Andressa Ambrosino

Para além das práticas de cuidado em saúde: o desafio dos modos de cuidar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) / Andressa Ambrosino Pinto. - Rio de Janeiro, 2016.

92 f.

Orientador: Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

1. Atenção Básica à Saúde. 2. Agente Comunitário de Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Lopes, Márcia Cavalcanti Raposo. II. Título.

CDD 614.4

ANDRESSA AMBROSINO PINTO

**PARA ALÉM DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE:** o desafio dos modos de  
cuidar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)

Dissertação apresentada à Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito  
parcial para a obtenção do título de Mestre em  
Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em: 29/02/2016

BANCA EXAMINADORA

---

(Professora Doutora e Orientadora Márcia Cavalcanti Raposo Lopes - EPSJV/FIOCRUZ)

---

(Professora Doutora Donizete Vago Daher - EEAAC/UFF)

---

(Professora Doutora Monica Vieira - EPSJV/FIOCRUZ)

---

(Professora Doutora Vera Joana Bornstein - EPSJV/FIOCRUZ)

## *Dedicação*

Dedico esta conquista a Deus, minha maior Luz.

Dedico estes escritos repletos de ternuras e afetamentos ao meu amado pai Acyr (in memoriam),

minha mãe Ana Dalva e ao meu irmão Anderson.

E dedico a todos os Agentes Comunitários de Saúde pelos ensinamentos e aprendizados em cada encontro de cuidado na saúde da família.

## AGRADECIMENTOS

A composição deste estudo revela-se como mais um dos meus infinitos sonhos realizados, em que pude plantar, semear e cultivar cada pedacinho de escritos e aprendizados. Relembro que a cada estágio, prática, leituras, aprendizados e ensinamentos, apreendidos em cada encontro/contato com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) de diferentes territórios, pude perceber a prestação do cuidado desses profissionais de saúde. E com os meus escritos, pude regar e cultivar o meu querer e mais do que querer em conhecer, estudar e aprender mais de pertinho sobre os modos de cuidado dos ACSs.

Para tal feitura, agradeço a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, na qual pude aprender a cada novo tempo de aula infinitas construções, análises, questionamentos e discussões sobre trabalho, educação e saúde, também dos ACSs.

A minha orientadora Márcia Lopes pela liberdade de construção de cada escrito, das valiosas contribuições e novos questionamentos a cada leitura e (re)leitura.

Aos professores Donizete Vago Daher, Gustavo Matta e Vera Joana Bornstein pelas pertinentes sugestões ao comporem minha Banca de Qualificação do meu Projeto de Dissertação.

Às professoras Donizete Vago Daher, Monica Vieira e Vera Joana Bornstein por partilharem comigo um momento de tanta felicidade, a constituição da minha defesa.

E não poderia deixar de dizer o meu saudoso agradecimento a alguns docentes e preceptores que em meu baú de memórias se fazem sempre presentes. A minha professora do primário, que me ensinou a conjugar as minhas primeiras palavras; um tempo depois aprendi os inúmeros sentidos de um território no ensino médio; e na graduação de Enfermagem e Licenciatura aprendi a amar minha profissão, sim, eu escolhi ser enfermeira. E com o meu preceptor-emprestado na residência, tive um cúmplice de muitas indagações e tantos outros afetamentos na saúde da família.

E aos professores, Marco Antônio e Neise Deluiz, com os quais me encantei para com a docilidade de professorar.

Aos meus familiares, em especial ao meu querido pai (in memoriam), minha mãe e ao meu irmão, o meu eterno carinho. Aos meus amigos da infância, da juventude e da vida adulta, que entre alguns desafios e outras tantas alegrias vamos nos encontrando e desencontrando, aqui, ali e acolá.

Aos profissionais do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Coordenação Regional da Estratégia de Saúde da Família do município de Itaboraí - RJ, Rosângela Martins Gomes, Jose Silva, Viviane Alves de Sousa e a enfermeira Flávia de Jesus Ribeiro Chagas, que me acolheram com ternura para a realização da minha pesquisa. Obrigada pela parceria!

E aos ACSs, participantes-chaves, que com toda presteza, solicitude e tantos outros afetamentos participaram do presente estudo compartilhando comigo, entre um depoimento e outro, os seus modos de cuidado. Obrigada pela disponibilidade!

“As palavras aí estão,  
uma por uma:  
porém minha alma sabe mais”.

(Cecília Meireles)

## RESUMO

Este estudo analisa os modos de cuidar dos ACSs de uma ESF no município de Itaboraí - RJ. Para realizarmos a dada análise, em um primeiro instante, consubstanciou-se estes escritos com um referencial conceitual a fim de clarear a historicidade do ACS no SUS, fragmentos da trajetória do cuidado e uma breve reflexão sobre os modos de cuidado do ACS. Estudo de caráter qualitativo, em que para a coleta dos dados foi aplicado um questionário para a composição do perfil dos ACSs. A técnica do Grupo Focal e os ACSs ainda representaram através de um desenho seus modos de cuidar (Croquis de Cuidado). Participaram da coleta dos dados sete ACSs de duas equipes de saúde da família de uma unidade básica do dado município, seus depoimentos foram gravados, transcritos e analisados. Apreendeu-se que os ACSs reconhecem que sim: são ACSs que realizam o cuidado, principalmente quando dão voz aos usuários. Outro ponto que chama atenção refere-se que eles revelam que aprenderam a cuidar em casa, no dia a dia, nas capacitações e cursos, mas há um predomínio da formação por capacitação, o que ainda demonstra uma fragilidade inerente nesse processo formativo. E em relação aos tensionamentos, destaca-se a falta de recursos humanos e físicos, que são relatados de forma atinada. No entanto, a participação social ainda é imperceptível. E poucas facilidades são expressas. Diante desse compilado de constatações, é possível perceber que os ACSs se reconhecem como cuidadores, ou melhor, que detêm modos de cuidar que são vivenciados no cotidiano de trabalho na ESF, porém a centralidade do modelo biomédico ainda se faz presente.

**Palavras-chave:** Atenção Básica à Saúde; ACS; Cuidado; Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

This study analyzes the ways to care for CHWs of a FHS in the town of Itaboraí - RJ. Firstly, in order to conduct the analysis in question, these writings were consolidated with a conceptual framework with the purpose of clarifying the historicity of CHW in SUS, pieces of the care pathway and a short reflection about the ways of care of CHW. This is a qualitative study, where, in order to collect data, we applied a questionnaire for composing the profile of CHWs. Moreover, the technique of Focus Group and the CHWs have represented by means of a design of their ways to care (Care Sketches). Data collection had the participation of seven CHWs of two family health teams of a basic unit of the town in question, and their speeches were recorded, transcribed and analyzed. We have understood that CHWs recognize that yes: CHWs are the ones who conduct care actions, mainly when they give voice to users. Another point that draws attention mentions that they reveal that they have learned to care for at home, on a daily basis, in trainings and courses, but there is a prevalence of education by training, which also demonstrates an inherent weakness in this educational process. Regarding the tensions, one should highlight lack of human and physical resources, which are sagely reported. Nonetheless, social participation is still invisible. Furthermore, few facilities are shown. In light of this amount of findings, it is possible to realize that CHWs recognize themselves as caregivers, or rather, that they preserve ways to care that are experienced in the daily work in FHS, but the centrality of the biomedical model is still present.

**Keywords:** Primary Health Care; CHW; Care; Family Health Strategy.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Mapeamento cronológico da inserção do ACS na saúde pública no Brasil .....	21
Quadro 2	Perfil dos ACSs.....	55

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS - Atenção Básica à Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS - Atenção Primária à Saúde

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CNCT - Catálogo Nacional de Cursos Técnicos

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

DOTS - Tratamento Supervisionado

DST - Doença Sexualmente Transmissível

EAAAC – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

eSF - Equipe Saúde da Família

ESF- Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FMS - Fundação Municipal de Saúde

FNS - Fundação Nacional de Saúde

F. Sesp - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

GOBI - *Growth monitoring* (acompanhamento do crescimento), *oral rehydration* (reidratação oral), *breast-feeding* (aleitamento materno) e *immunization* (imunização)

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NE - Nordeste

NEPS - Núcleo de Educação Permanente em Saúde

OSS - Organização Social de Saúde

PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde

PECs - Programas de Extensão de Cobertura

PET- Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

Piass - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

Pnacs - Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF - Programa Saúde da Família

SES - Secretarias Estaduais de Saúde

Sesp - Serviço Especial de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFF - Universidade Federal Fluminense

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

VD - Visita Domiciliária

## SUMÁRIO

<b>I INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1 JUSTIFICATIVA.....	19
1.2 OBJETIVO .....	20
1.2.1 Objetivo geral.....	20
1.2.2 Objetivos específicos.....	20
<b>II REFERENCIAL CONCEITUAL.....</b>	<b>21</b>
2.1 HISTORIANDO A CHEGADA DO ACS NO SUS: a saúde pública no Brasil conquista um novo profissional.....	21
2.2 FRAGMENTOS DA TRAJETÓRIA DO CUIDADO.....	35
2.2.1 A diversidade das concepções sobre cuidado em saúde.....	38
2.2.2 Múltiplos olhares sobre modos de cuidar.....	44
2.3 BREVE REFLEXÃO SOBRE OS MODOS DE CUIDADO DO ACS: buscando uma ação singular.....	46
<b>III ABORDAGEM METODOLÓGICA.....</b>	<b>51</b>
3.1 CAMINHO METODOLÓGICO.....	51
<b>IV RESULTADOS: análise e discussão.....</b>	<b>55</b>
4.1 COMPONDO O PERFIL DOS ACSs MARIA(s) E JOÃO.....	55
4.2 DESVELANDO UM RELICÁRIO DE POSSIBILIDADES DOS MODOS DE CUIDAR DO ACS.....	57
4.2.1 Primeira Categoria – A singularidade de percepções sobre os modos de cuidado.....	57
4.2.2 Segunda Categoria – Descontinuidade e fragilidade do processo de capacitação para o cuidado.....	64
4.2.3 Terceira Categoria – Facilidades e tensões no processo de cuidar na ESF.....	67
<b>V CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>74</b>
<b>LISTA DE APÊNDICES.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO: Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) .....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE C - Roteiro do Grupo Focal.....</b>	<b>84</b>

<b>APÊNDICE D – Fragmentos de Depoimentos.....</b>	<b>85</b>
<b>LISTA DE ANEXOS.....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO B – Autorização para a realização da pesquisa.....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO C – CROQUIS DE CUIDADO: conjunto de imagens ilustrativas referentes ao Grupo Focal.....</b>	<b>91</b>

## I INTRODUÇÃO

A minha trajetória de formação e a apropriação do tema “PARA ALÉM DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE: o desafio dos modos de cuidar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) ” vêm se constituindo a partir do entendimento da prática deste profissional como sujeito de potência para mudanças da realidade do território em que atua, ora como sujeito social, ora como agente<sup>1</sup> político, ora ainda como profissional e cidadão.

A aproximação e a busca de reflexões sobre os modos de cuidado dos profissionais de saúde, e aqui mais especificamente sobre a prática do ACS<sup>2</sup>, vêm se afluando desde a minha graduação em Enfermagem e Licenciatura na Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF). Assim, em diferentes momentos, compartilhei experiências de cuidado com os ACSs em estágios curriculares nos municípios de Itaboraí - RJ e de Niterói - RJ e, nestes cenários, pude com eles aprender a olhar e observar os múltiplos e diferenciados modos de vida das famílias em suas residências, sobretudo quando pude acompanhá-los nas visitas domiciliares (VD). Cada um deles, a seu modo ou contexto de ser-fazer-refletir, inseria-me como parceira no cotidiano de produzir saúde e prestar cuidado no território e, mais intimamente, em sua microárea (ou seja, menor espaço do território sob a responsabilidade do ACS). Deste modo, com eles aprendi, reaprendi e apreendi saberes e práticas de cuidado em saúde.

Uns com um tom mais de liderança conheciam todos os usuários do território e me apresentavam e alertavam sobre os problemas ou limitações da comunidade, ou de um determinado usuário, ou ainda as várias possibilidades de fazer saúde em seus respectivos territórios.

---

<sup>1</sup>Apontamos que quando utilizamos em nossos escritos o termo agente, nossa intenção é nomear um agente de ação.

<sup>2</sup>Assinalamos que no dado estudo para identificar o profissional de saúde, Agente Comunitário de Saúde, utilizamos, além da forma por extenso já mencionada, também em forma da sigla ACS. E alguns autores que trazemos e compartilhamos de algumas reflexões utilizam e, logo, trazemos também aqui o termo Agente.

Outra experiência de parceria de cuidado em saúde aconteceu com minha participação no PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) na UFF e Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Niterói. Neste investimento que fiz para me aproximar e conhecer a realidade do território onde a saúde e a doença circulam, os ACSs atuaram como guias ou condutores desbravadores ao percorrerem conosco vielas, becos e morros do bairro Engenhoca, em Niterói.

Já no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, realizada na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em que estive inserida por dois anos em uma Clínica de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro – RJ, o contato cotidiano com os ACSs me despertava, a cada dia, um querer conhecer sobre as práticas desses ACSs em seus territórios de ação.

Nesta conjuntura de práxis, na Residência em Saúde da Família, pude ainda conhecer, acompanhar e aprender com as peculiaridades dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Piraf - RJ, em uma vivência singular durante o percurso da realização de Estágio optativo (modalidade de ensino prático em que o aluno Residente faz escolha por um específico cenário para realização de estágio). Diante dessas ricas experiências, elenco algumas questões que me acompanham, as quais buscarei refletir: O ACS se reconhece como sujeito do cuidado em saúde? Como este profissional vem desenvolvendo os modos de cuidado nos cenários da Atenção Básica à Saúde (ABS)<sup>3</sup>?

Conhecer os modos de cuidado dos ACSs poderá contribuir para o meu processo de formação enquanto profissional de saúde e, mais especificamente, como enfermeira que estuda, reflete, atua no Sistema Único de Saúde (SUS) e que reconhece os ACSs como profissionais-chave para a reorientação dos sistemas locais de saúde. Para contextualizar a apropriação da temática, discorrerei, a seguir, sobre um breve histórico da trajetória de inserção dos ACSs no campo da saúde.

Ao percorremos a historicidade dos modelos de atenção à saúde do Brasil, salientamos que, no que se refere aos cenários de ABS, o trabalho em equipe é apropriado pelos serviços

---

<sup>3</sup> Optamos por utilizar o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) por ter surgido e ser frequentemente utilizado no Brasil, ao invés de Atenção Primária à Saúde (APS), que é utilizado mundialmente.

como uma forma de responder, com qualidade, às diferentes necessidades e demandas de saúde dos usuários e de suas famílias. Debruçamo-nos, assim, a pensar sobre a histórica inserção dos ACSs nestes cenários e no exercício destes na ABS.

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), institucionalizando uma série de experiências práticas em saúde que se desenvolviam em diversas regiões do país, porém de forma isolada e focal, atendendo populações em situação de maior risco à saúde. Em 1992, o Pnacs foi transformado em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), nomenclatura que permanece até o presente e que se difundiu nacionalmente (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Moysés (2011) também destaca que como uma possível resposta ao desafio de reorientar o modelo de atenção no espaço político-operacional, o MS lançou o Programa Saúde da Família (PSF), que, em 1998, passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) por ser considerada estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde. Perspectiva esta que fortalece a ideia da prática de saúde para além do pontual, passando a ser ampliada, contínua, e humanizada, muito além de um programa. Esta proposta apoia o trabalho em equipe e tem o ACS como mediador. Nesse sentido, Stotz; David; Bornstein (2009, p. 493), dizem que “é preciso reconhecer que, de todos os profissionais, o ACS é o que se encontra mais próximo das pessoas da comunidade e dos seus modos de viver. Ele é o que se chama de “elo” entre a comunidade e os serviços de saúde. Seu trabalho tem uma função mediadora”.

O recorte histórico comprova a importância do trabalho em equipe, da multiprofissionalidade, da interdisciplinaridade e do ACS como figura-chave, ou seja, elemento nuclear e potencializador das ações da ESF. Este tem sua identidade profissional ainda em fase de consolidação, convive com as necessidades de saúde a serem trabalhadas também pelos demais profissionais de saúde na prestação de um cuidado vivo e resolutivo, contribuindo para a mudança do modelo médico-curativista ainda vigente, mas em fase de reorientação.

Em 2002, pela Lei n. 10.507, foi criada formalmente a profissão de ACS (BRASIL, 2002a). Posteriormente, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação instituem o Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004), haja vista que as mudanças que foram ocorrendo nos processos de trabalho refletiram em

alterações no requisito de escolaridade dos ACSs e nas disputas em torno da sua formação. Subsequente à Lei n. 11.350 de 2006 (BRASIL, 2006a) que revoga a Lei n. 10.507 regulamentando as atividades dos ACSs. Outros documentos que são dignos de nota em relação à constituição do processo de trabalho dos ACSs são os seguintes manuais lançados em 2009 pelo MS: Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde e O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Manuais estes que visam apresentar o conjunto de atividades a serem desenvolvidas especificamente pelos ACSs. Quanto a estes documentos, o dado guia apresenta o seguinte objetivo: “oferecer subsídios para o desenvolvimento do trabalho do ACS” (BRASIL, 2009a, p.09).

Percorrendo essa trajetória de avanços e desafios da inserção dos ACSs, pontua-se, ainda, as atribuições destes profissionais descritas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada inicialmente em 2006 e atualizada em 2012. Nesta última versão, são delineadas oito funções específicas dos Agentes Comunitários de Saúde, que trafegam entre cadastro, orientações, atividades educativas, VD, acompanhamento das famílias, entre outras (BRASIL, 2012a). Vale ainda destacar que mais recentemente, através da Lei n. 12.994 (BRASIL, 2014), o piso salarial profissional nacional foi instituído, além das diretrizes como guia para o plano de carreira dos ACSs. Nesse sentido, torna-se evidente que o cuidado está ancorado dentre suas ações.

Assim, enfatiza-se que a elaboração destes documentos vem sendo uma das maneiras concretas para orientar as práticas dos Agentes Comunitários de Saúde diante da complexidade do cotidiano de prestar o cuidado em saúde da família. Neles estão contidas diretrizes para a realização de um cuidado que trabalhe a promoção de saúde e a prevenção de agravos por meio de ações educativas e assistenciais. Entretanto, por meio das vivências em alguns cenários, pode-se pontuar que os ACSs continuam com habilidades e saberes ainda pouco trabalhados, reproduzindo modos de fazer que, por vezes, não expressam a plenitude de suas potencialidades no cotidiano de fazer-saúde.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

O fazer-saúde é uma atividade realizada por uma equipe profissional no cotidiano da ESF. Esta é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Todos possuem ações específicas definidas e também ações realizadas de forma cooperativa. As ações dos ACSs possuem significativa relevância por colocar em conexão o usuário e os demais profissionais de saúde. Ele contribui, de fato, para a adesão ou não do usuário ao sistema de saúde. Logo, refletir sobre os modos de cuidado dos ACSs é relevante e justifica-se.

De acordo com o documento O trabalho do ACS (BRASIL, 2009b, p.24), o principal objetivo do trabalho do Agente Comunitário de Saúde é de “contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade”. Diz ainda que o trabalho em saúde tem uma dimensão de cuidado humanizado insubstituível, que ocorre no momento da interação com o usuário nesse encontro programado para produzir cuidado. E ratifica a importância de toda equipe assumir a tarefa de cuidar do usuário, reconhecendo que, para abordar a complexidade do trabalho em saúde, são necessários diferentes olhares, saberes e fazeres (BRASIL, 2009b, p.34-35).

Uma vez compreendido que os ACSs têm modos específicos de cuidado nos respectivos territórios de ação, é relevante problematizar que modos de cuidado são estes e se esses sujeitos se reconhecem como agentes de cuidado no contexto da ESF.

Destarte, ratifica-se que a importância deste estudo baseia-se no fato de possibilitar desvendar, conhecer e (re)conhecer os modos de cuidado de fazer-saúde dos ACSs nos cenários de ABS, de perceber e divulgar a importância desse ator-social para a construção de um cuidado vivo, presente nos reais territórios deste país.

Pretende-se com esta pesquisa fortalecer o SUS, mais precisamente militar e refletir sobre a ESF, como uma das propostas inerentes ao processo de mudança do modelo de atenção à saúde curativista, tendo o ACS como um dos profissionais de saúde, que contribuem para essa transformação. Com o seu olhar para além da doença, ou seja, com um olhar vivo e pulsante de um agente verdadeiramente de saúde, que contribui para essa reorientação da prática.

Estudos sobre os modos de cuidado do Agente Comunitário de Saúde, como também dos demais profissionais de saúde da família, precisam ser desenvolvidos para que, diante deste movimento em constante resiliência, seja possível aprender, a fazer e a refletir sobre os modos de cuidado nosso/do outro/da gente.

Nesse sentido, faz-se necessário clarear o vocábulo “modos de cuidar”, que se faz presente em todo nosso estudo, uma vez que autores como José Ricardo Ayres e Acioli utilizam a expressão “práticas de saúde”, em que há uma mescla de objetividade e subjetividade. Todavia, optou-se por utilizar modos de cuidar, pois, como desenvolvemos posteriormente, acreditamos ser um avanço pensarmos além da prática, ou seja, a partir de uma perspectiva de ser-fazer-refletir diante de um contexto de crises, que também incide no campo da saúde. Dessa forma, trazemos essa construção alternativa que consideramos ser de grande valia, a partir de um leque de possibilidades e de tantos outros encabulamentos, que ladeiam o trabalho do ACS.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

- Compreender como os ACSs percebem e realizam modos de cuidado nos cenários da ESF.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar os modos de cuidado presentes no cotidiano de trabalho dos ACSs;
- Analisar os modos de cuidado no trabalho cotidiano dos ACSs na interface com os demais profissionais da ESF;
- Problematizar como os ACSs contribuem para o desenvolvimento dos modos de cuidado na ABS.

## II REFERENCIAL CONCEITUAL

### 2.1 HISTORIANDO A CHEGADA DO ACS NO SUS: a saúde pública no Brasil conquista um novo profissional

Para iniciar o itinerário sobre o surgimento do Agente Comunitário de Saúde, será trilhado nestas primeiras composições um caminho histórico com o intuito de desvelar em algumas estações de conhecimentos apreendidas alguns Programas, Estratégias, Portarias, Leis e Políticas presentes ao historiarmos sobre o campo da saúde à luz do Sistema Único de Saúde.

#### Quadro 1 - Mapeamento cronológico da inserção do ACS na saúde pública no Brasil

Ano de publicação e Autoria	Denominação	Caracterização	Momento
1942 – Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Estados Unidos	Serviço Especial de Saúde Pública – Sesp	Atuação das visitadoras sanitárias (auxiliares) que iniciaram as primeiras ações em saúde pública. Destaca-se que as atividades exercidas pelos ACSs um tempo depois são diferenciadas, ou seja, não são consideradas como sinônimos das exercidas pelas visitadoras sanitárias.	Substituído por um programa posterior denominado F. Sesp.
1960 – Ministério da Saúde	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - F. Sesp	É percebida esta fundação como pioneira na construção de modelos que ampliariam a cobertura dos serviços de saúde. Assim, princípios e diretrizes elaborados neste contexto ainda se fizeram presentes nas formulações do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF).	Substituído por um programa posterior denominado Piass.
Década de 70 – Ministério da Saúde	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – Piass	No Piass, o recrutamento de auxiliares locais já era presente, assim como o engajamento comunitário. E no Projeto Devale, há o esboço das primeiras ações dos Agentes de Saúde.	Substituído pela criação de um sistema de saúde denominado de SUS.
1988 – Brasil	Sistema Único de Saúde - SUS	Com a criação do SUS, instituído pela Constituição de 1988, uma concepção ampliada de saúde passa a ser instituída e regulamentada como um direito público.	Ativo
1991 – Ministério da Saúde	Programa Nacional de Agente Comunitário de	O Pnacs foi criado com o objetivo de unir as várias ações cultivadas e espalhadas no país a partir de	Substituído por um

	Saúde – Pnacs	uma única orientação com a inserção do Agente de Saúde.	programa posterior denominado PACS.
1992 - Ministério da Saúde	Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS	Institui as primeiras atribuições dos ACSs e regulamenta um salário-mínimo mensal.	Ativo
1994 - Ministério da Saúde	Programa Saúde da Família – PSF	O ACS passa a ser integrante de uma equipe de saúde e suas atribuições são ampliadas em prol da implementação de um modelo de saúde de atenção integral.	Substituído por indicação do MS para ESF.
1997 – Ministério da Saúde	Portaria n. 1886	Aprova as normas e diretrizes do PACS e do PSF e define atribuições dos ACSs.	Não consta revogação expressa.
1997 - Ministério da Saúde	Estratégia Saúde da Família – ESF	Unidos o PACS e o PSF, passam a estruturar a ESF no SUS.	Ativo
2002 - Brasil	Lei n. 10.507	A profissão de ACS é instituída e incentivou o processo de formação profissional.	Revogado
2004 – Ministério da Saúde e Ministério da Educação	Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde	É definido o Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.	Ativo
2006 – Brasil	Lei n. 11.350	Cria o processo seletivo público para o ACS com o intento de desprecarizar as relações de trabalho.	Ativo
2006 – Ministério da Saúde	Portaria n. 648	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (publicada no mesmo ano), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica a partir do PACS e do PSF.	Revogado
2011 – Ministério da Saúde	Portaria n. 2488	Aprova a PNAB (publicada no ano de 2012), revisando as diretrizes e normas para a organização da atenção básica, com o PACS e ESF.	Ativo
2014 – Brasil	Lei n. 12.994	Institui o piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos ACSs.	Ativo

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de publicações referentes ao ACS, presentes no observatório dos Técnicos em Saúde. Disposto em: < <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Trabalhador&Num=16>> e do texto, ACS: um trabalhador inventado pelo SUS. Disposto em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/EdicoesRevistaPoli/R1.pdf>>. 2015.

Vale a pena trazer à luz nessa trajetória histórica o surgimento do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), em 1942, haja vista ter sido uma cooperação de saúde e saneamento firmada entre o governo brasileiro e os Estados Unidos. Esse acordo internacional se inseria no esforço de guerra visando atender aos interesses americanos em obter matérias-primas de importância estratégica para os países aliados, em guerra contra a Alemanha, para a produção de material bélico, como borracha e minérios produzidos na Amazônia e Vale do Rio Doce,

com contrapartida de investimento financeiro em melhorias de saúde dos trabalhadores e da população da região. De início, as atividades do Sesp caracterizavam-se por monitorar, quase exclusivamente, a situação de saúde dos indivíduos e da família, bem como prevenir e controlar as doenças transmissíveis (LACERDA, 2010; SILVA; DALMASO, 2002a; TEIXEIRA, 2008). Nesse contexto, salientamos que as visitadoras sanitárias<sup>4</sup> [auxiliares] detinham contato direto e permanente com a população e realizavam, sobretudo, ações educativas. Exerciam atividades muito semelhantes a dos Agentes Comunitários de Saúde que conhecemos hoje.

Um legado consiste nas visitadoras sanitárias. Auxiliares que desenvolviam o atendimento aos indivíduos e às famílias, na unidade e na comunidade, sob supervisão e orientação do enfermeiro. Mediante protocolos estabelecidos, eram responsáveis por atender gestantes e crianças de baixo risco, na ‘unidade sanitária’ (SILVA; DALMASO, 2002a). As visitadoras sanitárias, que foram nomeadas de pessoal auxiliar, detinham traços em comum com o perfil do ACS, mas realizavam algumas técnicas específicas, tais como vacinação e realização de curativos que são diferenciadas.

Ideias estruturantes do modelo dos centros de saúde são retomadas em princípios organizativos da Atenção Primária à Saúde, de um modo geral, da Estratégia Saúde da Família e do trabalho do ACS no Brasil. Neste sentido, as ideias mais significativas são: a centralidade de um trabalhador, que não é da categoria médica, nem da enfermagem, com o

---

<sup>4</sup>Na historiografia da enfermagem de saúde pública, mais especificamente sobre as enfermeiras visitadoras, observamos que havia um embate das denominações criadas para designá-las: enfermeira visitadora, visitadora, visitadora de higiene, visitadora sanitária, visitadora de saúde, entre outras. No cenário brasileiro, a partir do final dos anos de 1920, a visitadora sanitária foi adquirindo prestígio profissional, cada vez mais reconhecida como um ator importante dos serviços de saúde pública. Atuando na área de conhecimento da educação sanitária, particularmente por sua atuação nos centros de saúde, postos de higiene e atividades de visitação. Falar sobre a formação de recursos humanos nesse período exige colocar em destaque a expansão do papel da mulher na sociedade brasileira – em especial da visitadora sanitária e da enfermeira de saúde pública. Um exemplo pioneiro foi a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) – embrião da atual Escola Anna Nery – criada em 1921 por Carlos Chagas, uma das primeiras instituições a valorizar o trabalho feminino. Em São Paulo, o fruto desse esforço inicial veio com a criação, em 1925, do Curso de Educação Sanitária, ministrado no Centro de Saúde Modelo do Instituto de Higiene de São Paulo. O projeto dos centros de saúde possibilitava maior proximidade com a população carente das cidades e do campo, grande parte afetada por endemias. A ancilostomíase, a malária e a febre amarela atacavam com maior violência as populações pobres daquelas regiões. A necessidade premente de enfermeiras para trabalhar nas campanhas sanitárias e a longa duração do curso de enfermagem conduziram à criação do Curso de Educação Sanitária, com requisitos menos exigentes de formação. Esse curso teria duração de um ano e seis meses e ofereceria experiência teórica e prática às visitadoras. Aos poucos, as visitadoras foram sendo substituídas por enfermeiras graduadas pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a partir da segunda metade dos anos de 1940 (AYRES, L., 2010; FARIA, 2006).

papel de articular conhecimentos dessas áreas com aqueles da educação, a prática da visita domiciliar e a definição de um território de atuação (FONSECA, 2013, p.24).

No ano de 1960, chega ao fim o acordo de cooperação entre o governo brasileiro e americano, assim o Sesp passou a ser a Fundação Sesp (F. Sesp), vinculada ao Ministério da Saúde. Destaque para a importância desta fundação cujos princípios e diretrizes estão presentes nas formulações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), tais como a abordagem integral da família, o trabalho nas unidades de saúde e nas comunidades, a adscrição de clientela, a atuação das visitadoras sanitárias, a hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, entre outros (LACERDA, 2010; SILVA; DALMASO, 2006).

Apreamos com as primeiras experiências exitosas que as visitadoras sanitárias já detinham a característica de atuar em um dado território promovendo orientações em saúde, realizando visitas domiciliares e acompanhamento das gestantes e das crianças, assim como os Agentes Comunitários de Saúde de hoje. Destacamos que no início esses primeiros projetos/programas destinavam-se à população rural e as visitadoras sanitárias realizavam algumas técnicas, tais como vacinação e realização de curativos.

Na década de 70, com a emergência das discussões sobre Atenção Primária à Saúde no âmbito internacional, teve início, no Brasil, programas focalizados na Atenção Primária Seletiva, que convergiram com o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass) (MENDES, 2002).

Nota-se que dentre os Programas de Extensão de Cobertura (PECs), institucionalizados como política governamental neste período, o Piass foi o de maior expressão. Além de absorver outros programas importantes, como o Programa de Integração de Serviços de Saúde do Norte de Minas, recobriu, em um primeiro momento, o Nordeste (NE) e acabou tornando-se objeto de uma proposta de expansão a outras áreas rurais do território nacional. Sua finalidade era implementar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes, bem como contribuir para a melhoria do nível de saúde da população local. O Piass propunha-se a desenvolver práticas que se estendiam desde as questões relacionadas ao meio ambiente até os problemas sanitários que demandavam atenção médica individual (SILVA; DALMASO, 2002a).

A proposta de ação para o Agente de Saúde, nestas primeiras experiências exitosas, como no Projeto Devale, incluía: proporcionar a extensão do atendimento aos problemas de saúde da população rural por meio da aplicação de conhecimentos e execução de atividades específicas e orientações (curativos, vacinas, diagnósticos e tratamento de doenças mais prevalentes, atendimento à criança e à gestante, encaminhamentos, primeiros socorros); adotar uma visão global do indivíduo e seu papel na comunidade; incorporar um componente de discussão desses problemas de saúde em função das condições gerais de vida da população; organizar a comunidade para lutar pela saúde (SILVA; DALMASO, 2002a, p.35).

O investimento na Atenção Primária cresce com a institucionalização do SUS em 1988. Conquista dos movimentos populares no processo de redemocratização do país, o SUS é formalizado na Constituição a partir da seguinte premissa: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Pode-se perceber a valorização da APS e o desenho do trabalho dos ACSs, no interior desta, no processo de institucionalização do SUS. Nossas análises a partir daqui e a legislação diretamente relacionada ao trabalho do ACS referem-se a propostas que fundamentam o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), PSF (Programa Saúde da Família) e ESF (Estratégia Saúde da Família). Além da Lei n. 10.507 de 2002, que institui a profissionalização, da implementação do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, em 2004, da Lei n. 11.350 de 2006 que define algumas atribuições do ACS, da PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) de 2006, instituída pela Portaria n. 648 e da PNAB de 2012, estabelecida pela Portaria n. 2.488 e da Lei n.12.994 de 2014, que define o piso salarial nacional do profissional ACS.

A institucionalização dos Agentes de Saúde se concretizou com a criação do Pnacs pelo Ministério da Saúde nos anos 1991. O Pnacs foi pensado a partir da experiência exitosa do Programa de Agentes de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, implantado em 1987, que reduziu significativamente a mortalidade infantil, e também de outras iniciativas locais de Atenção Primária desenvolvidas em algumas regiões do Brasil com a inserção de Agentes de Saúde (SILVA; DALMASO, 2006). Até então, esse trabalhador era referido como Agente de Saúde e com a institucionalização acrescentou-se o termo “Comunitário”, passando a ser chamado de Agente Comunitário de Saúde (RAMOS, 2007).

A área de atuação inicial do Pnacs foi a região Nordeste, onde se assumiu como prioridades do trabalho dos Agentes “as ações de educação em saúde, de mobilização da comunidade e de atenção ao grupo materno-infantil” (SILVA; DALMASO, 2002a, p.51). Vale ainda destacarmos que o Pnacs teve o intuito de resgatar variadas experiências de Atenção Primária que eram cultivadas em todo o Brasil. Sendo assim, com a implementação do dado programa, primava-se oferecer condições para que as comunidades aprendessem a cuidar da sua saúde, além de fazer o ACS o elo entre a comunidade e o serviço formal de saúde. E, como meta principal, pretendia a redução da mortalidade infantil de 64 para 30 em cada 1000 crianças nascidas vivas até o ano de 1994 (BRASIL, [1991? ]; SILVA, 2001).

Com o passar do tempo e a constituição do Pnacs, institucionaliza-se o ACS, que herdou em seu legado das visitadoras sanitárias as seguintes atribuições: ações de educação em saúde, de atenção ao grupo materno-infantil, e a realização de VD. E as novas funções adquiridas estão ligadas à terapia de reidratação oral, estímulo ao aleitamento materno, mobilização da comunidade, o cadastro das famílias, a fiscalização da alimentação pública, cuidados e medidas do programa da cólera etc.

Em 1992, o Pnacs perdeu o termo nacional, passando a chamar-se PACS. Assinaram-se convênios entre a Fundação Nacional de Saúde (FNS) e o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para repasse de recursos para custeio do programa e o pagamento, sob a forma de bolsa, no valor de um salário-mínimo mensal, aos Agentes (SILVA; DALMASO, 2002a, p.56).

Para realizar o atendimento ao usuário /família/ comunidade, há inicialmente no PACS um arranjo de “cada ACS ser responsável em sua área de atuação por um contingente que podia variar de 100 - 250 famílias, ou um numeral de 750 pessoas em sua completude” (MOROSINI, 2010, p.32).

Dentre as ações vinculadas ao ACS, Souza (2003, p.76) pontua de forma geral “as visitas domiciliares, cadastro das famílias, orientações em saúde, fiscalização da alimentação pública (mercados, feiras), mobilização da comunidade (hortas comunitárias), cuidados e medidas do programa da cólera etc.”

Ainda nesse sentido, Fonseca; Morosini; Mendonça (2013, p.538) assinalam que:

O Agente Comunitário de Saúde atuava no território definido sob a supervisão de um enfermeiro. Realizava um determinado número de VD regularmente, acompanhando e registrando as condições de saúde, fornecendo orientações preventivas e difundindo técnicas simples e de alto impacto nos indicadores de saúde, como terapia de reidratação oral, aleitamento materno e incentivo à imunização, que compõem o pacote GOBI<sup>5</sup>.

Podemos dizer que o ACS passa a contribuir e muito para se pensar e se fazer saúde, a partir de outro escopo, não apenas médico/curativista/centrado na doença, como era realizado, sobretudo nos cenários hospitalares. Dentre os primeiros resultados palpáveis e vitoriosos do PACS, percebe-se já em 1994, segundo Souza (2001, p. 50), os seguintes: redução da incidência de doenças evitáveis e detecção precoce das demais, aumento da possibilidade de exercício do controle social, no acompanhamento do desempenho do trabalho dos ACSs e da qualidade dos serviços prestados e na reorganização e redimensionamento da oferta de serviços em função da morbidade aferida e alteração do perfil da demanda.

Com esses avanços e um longo caminho de possibilidades e desafios a ser percorrido, cria-se o PSF em que os ACSs passam a se integrar a uma equipe de saúde com, pelo menos, um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. O autor mencionado anteriormente ainda nomeia esse momento de mudança, como uma verdadeira peregrinação, em que os sujeitos sociais<sup>6</sup> envolvidos percorrem quase de porta em porta, em vários municípios e estados brasileiros, “vendendo as ideias”, os princípios, os faróis orientadores de uma nova saúde, cuja novidade era de sonhar com os pés no chão colocando no caldeirão as saudades, esperanças, orgulhos, convicções, alegrias e acolhidas, misturando tudo isso, como efeito protetor, aos males dos confrontos destrutivos (SOUZA, 2001, p. 36).

Com uma proposta diferenciada dos postos de saúde tradicionais, aos poucos, o PSF vai se expandindo, abrindo possibilidades para a construção de novas práticas de saúde, em que a prevenção de doenças, promoção da saúde, cuidado, cura e reabilitação passam a guiar

---

<sup>5</sup> GOBI, sigla, em inglês, que combina os procedimentos *growth monitoring* (acompanhamento do crescimento), *oral rehydration* (reidratação oral), *breast-feeding* (aleitamento materno) e *immunization* (imunização) – proposto pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) nos anos de 1980, nos marcos da APS seletiva (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013, p.538, grifos dos autores).

<sup>6</sup> Souza (2001, p. 35, grifo nosso) nomeia os sujeitos sociais ou ainda vendedores, com um sentido valorativo de intelectuais sonhadores, militantes de uma tese, indutores de um projeto e provocadores de mudanças. Formuladores do PACS/PSF, ou seja, vários técnicos com experiências em APS (incluindo Souza – como sujeito participante desses fenômenos).

as atividades e modos de atuar das equipes de saúde. É importante pontuar que a implantação do PSF não foi organizada isolada do PACS.

E no PSF são recomendadas as seguintes atribuições para os Agentes Comunitários de Saúde: cadastramento das famílias e atualização das fichas; participação na construção do diagnóstico da comunidade; descrição do perfil do meio ambiente e mapeamento da sua área de abrangência; acompanhamento das microáreas de risco; realização das visitas domiciliares; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da saúde da criança (vigilância de crianças menores de 01 ano em situação de risco, acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos e promoção da imunização de rotina); acompanhamento das gestantes (identificar, encaminhar as gestantes para a realização do pré-natal e acompanhar o seguimento, atentar aos sinais e sintomas de risco na gestação, nutrição, promoção da imunização de rotina, do aleitamento exclusivo, preparo para o parto, atenção, cuidados e monitoramento ao recém-nascido e das puérperas, e VD); monitoramento das diarreias e promoção da reidratação oral, das infecções respiratórias agudas, com identificação de sinais de risco e encaminhamento dos casos suspeitos de pneumonia ao serviço de saúde de referência e de dermatoses e parasitoses em crianças; orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de DST (doenças sexualmente transmissíveis)/AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), gravidez precoce e uso de drogas; ações educativas: prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama (encaminhando das mulheres em idade fértil para realização dos exames periódicos nas unidades de saúde de referência) sobre métodos de planejamento familiar, referentes ao climatério, e sobre nutrição e saúde bucal, além da preservação do meio ambiente; busca ativa das doenças infectocontagiosas e apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória; supervisão dos usuários em tratamento domiciliar e dos com doenças crônicas; realização de atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso; identificação dos portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio e incentivo à comunidade na aceitação e inserção social desses usuários, famílias e à comunidade: orientação para a prevenção e o controle das doenças endêmicas, sensibilização para abordagem dos direitos humanos e estímulo à participação comunitária. E outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 1997, grifos nosso).

Ainda assinala-se que a Portaria n. 1.886 (BRASIL, 1997) aprova as normas e diretrizes do PACS e do PSF com o intuito de regulamentar tanto a implantação quanto a operacionalização dos Programas mencionados, uma vez que o Ministério da Saúde reconhece os dados Programas como importantes estratégias para conduzir uma nova orientação, assim como a consolidação do SUS a partir da reorientação da assistência domiciliar e ambulatorial.

No PSF, as atribuições no território /microárea ficam mais específicas, assim o ACS passa a ter participação na construção do diagnóstico da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente e mapeamento da sua área de abrangência, acompanhamento das microáreas de risco e a atualização das fichas de cadastramento das famílias. Além das mulheres e das crianças, passa-se a se acompanhar também os idosos, os usuários com doenças crônicas, os que precisam de tratamento domiciliar e os que são portadores de deficiência psicofísica, os adolescentes e a saúde da mulher, além do período gestacional. E com maior veemência o monitoramento de algumas doenças passa a ocorrer: monitoramento das diarreias e promoção da reidratação oral; monitoramento das infecções respiratórias agudas, com identificação de sinais de risco e encaminhamento dos casos suspeitos de pneumonia ao serviço de saúde de referência e de dermatoses e parasitoses em crianças; busca ativa das doenças infectocontagiosas e apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória; e orientação para a prevenção e o controle das doenças endêmicas.

Apreendeu-se que o passo seguinte foi o PSF passar a ser nomeado como ESF (1997), em que a ideia de um programa passageiro ou ainda a imagem de um programa paralelo ao SUS com tom hospitalocêntrico e de certa forma restritivo foi sendo substituída pela forma de uma estratégia, estruturante do SUS, em que o modelo de saúde passa a compor uma matriz de ações e serviços em saúde, sobretudo na ABS<sup>7</sup>.

Pode-se dizer ainda que o PACS e o PSF integram a ESF, que ganha o *status* de modelo de reorientação da Atenção Básica e articula ações de prevenção, vigilância e promoção da saúde nos territórios adscritos, com o propósito de resolver a maior parte dos

---

<sup>7</sup> Lembrando que optamos por utilizar o termo Atenção Básica à Saúde (ABS), mais difundido no Brasil, do que Atenção Primária à Saúde (APS).

problemas de saúde da população. Nos anos 2000, essa estratégia amplia-se para os grandes centros urbanos, fortemente apoiada por recursos do Banco Mundial e do MS, alocados por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

Como afirma Morosini (2009; 2010), compreender a saúde da família enquanto estratégia significa também considerá-la como o vetor que promove a organização da Atenção Básica, por meio de mecanismos indutivos, especialmente financeiros, que dirigem a adoção desse modelo por parte dos municípios brasileiros. No entanto, é preciso demarcar a contradição em que esta proposta está inserida a partir de três elementos que constituíram o processo de sua difusão: a simplificação do pacote de atenção oferecido, a precarização do vínculo de trabalho da equipe, especialmente do ACS, e o esvaziamento da formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Sendo oportuno ressaltar que a formação simplificada, associada aos vínculos precários, configura as principais condições limitantes para o processo de qualificação profissional desse trabalhador.

Percorrida essas estações de tempo e aprendizados presentes no histórico de composição da saúde da família, destaca-se o novo modo de se pensar e fazer saúde em nosso país, em que o ACS é um trabalhador fundamental. Seja no PACS, no PSF e atualmente na ESF, percebe-se a importância desse profissional para a construção dos modos de fazer e de se prestar o cuidado ao usuário/família/comunidade. Uma vez que na ESF ao compartilhar o sentimento compaixão, vivenciar as fragilidades e fortalezas de uma dada microárea, da comunidade, de um território, o ACS favorece a aproximação do seu mundo de trabalho e de vida tanto para com os usuários quanto para os demais profissionais de saúde, compartilhando, assim, o seu modo de ser e de cuidar no mundo.

Para clarear alguns sentidos e significados do trabalho do ACS, logo, dos modos de cuidado em seu cotidiano, trazemos neste momento alguns escritos e reflexões sobre os Agentes Comunitários de Saúde, que foram reconhecidos como profissionais de saúde, após anos de luta, pela Lei n. 10.507 (BRASIL, 2002a). Nesse sentido de profissionalização e incentivo à capacitação, verifica-se que neste novo compilado o manejo de algumas mudanças, desta maneira o ACS deve: “I - residir na área da comunidade em que atuar; II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; III - haver concluído o ensino fundamental” (BRASIL, 2002a). Verifica-se que, dentre os requisitos para se tornar um ACS, exige-se o ensino fundamental e

o curso de qualificação básica. Notou-se aqui um sutil incentivo do processo de formação profissional.

A exigência de uma qualificação formal (ensino fundamental), no lugar de saber ler e escrever, mostra uma direção de sentido que aponta para um determinado tipo de conhecimento já previsto/ necessário para um trabalhador da comunidade. Soma-se a isso o fato de que o curso de capacitação terá seu conteúdo programático estabelecido pelo Ministério da Saúde, o que apaga a possibilidade de priorização de conteúdos conforme análise específica do território de atuação do ACS (CÔRREA; PFEIFFER; LORA, 2010, p.187, grifo nosso).

Como podemos apreender, algumas mudanças vão se fazendo presentes nos processos de trabalho e da escolarização dos ACSs, no entanto uma ambiguidade ainda é corrente. David (2001) afirma que nos primeiros projetos essa ambiguidade já era percebida, uma vez que o ACS era visto como mediador, com grande potencial para o desenvolvimento de atividades pedagógicas e educativas. Fato que acabava fazendo com que se selecionasse mulheres com um perfil de liderança ou mobilização comunitária, pessoas sem escolaridade, o que permitia, por vezes, a inclusão de mulheres analfabetas, deixando em segundo plano o saber, ou melhor, uma formação técnica como importante.

Nesse sentido, visualiza-se a formulação, divulgação e implementação em algumas localidades do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004) como um avanço importante.

Percebe-se que fragilidades para a formação dos ACSs ainda se fazem presentes, haja vista que dentre as opções de capacitações, Curso Introdutório e o Curso técnico (1.200 horas), muitos Agentes Comunitários de Saúde ainda não puderam cursar um ou outro, ou ainda nenhum, nem outro. Ainda ratificamos que a formação técnica do ACS é urgente para que possa realizar com mais qualidade o seu trabalho no SUS, na ESF. Nesse sentido, no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT) formulado pelo Ministério da Educação, o ACS é descrito como o profissional que (grifo nosso):

Atuando na perspectiva de promoção, prevenção e proteção da saúde, orienta e acompanha famílias e grupos em seus domicílios e os encaminha aos serviços de saúde. Realiza mapeamento e cadastramento de dados sociais, demográficos e de saúde, consolidando e analisando as informações obtidas; participa, com as equipes de saúde e a comunidade, da elaboração, implementação, avaliação e reprogramação

do plano de ação local de saúde. Participa e mobiliza a população para as reuniões do conselho de saúde. Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais, sensibilizando a comunidade para a convivência. Trabalha em equipe nas unidades básicas do SUS, promovendo a integração entre população atendida e os serviços de Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2009c).

A Lei n. 11.350 de 2006 aprova como atribuições do ACS: o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde e a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. E cria o processo seletivo público especificamente para o ACS, haja vista as tênues condições de relações de trabalho dos mesmos (BRASIL, 2006a).

Nesta Lei n. 11.350 de 2006 aparece de novo a atribuição de registrar, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, além da participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas de promoção de qualidade de vida. Vale ressaltar que o piso salarial ainda não é instituído.

Atentamo-nos, a partir de agora, às atribuições específicas dos ACSs descritas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, que foi instituída através da Portaria n. 648 do ano referido: desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACSs em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, como previamente estabelecido pela Portaria n. 44/GM, de 3 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002b). É permitido também ao ACS desenvolver atividades nas UBS, desde que vinculadas às atribuições acima (BRASIL, 2006b).

Na PNAB de 2006 - Portaria n. 648 (BRASIL, 2006c), o Agente Comunitário de Saúde passa a ser designado formalmente como responsável por desenvolver integração entre ESF e a população, a orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e a cumprir com as atribuições definidas em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue.

Na PNAB de 2012, instaurada com a Portaria n. 2488 de 2011, constata-se as seguintes funções: realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; visitar mais vezes as famílias com maior necessidade (média de uma visita /família /mês); combater além da dengue e da malária, a leishmaniose e outras doenças, mantendo a equipe informada; acompanhar as condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2012a, grifo nosso).

E na PNAB de 2012 (Portaria n. 2488 de 2011), o que aparece de novidade é a possibilidade de o ACS realizar atividades de demanda espontânea, a visitação de uma vez por mês às famílias consideradas prioritárias, o combate a outras doenças é ampliado e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família é instituído.

Percebemos que algumas ações, como a visitação, as orientações e educação em saúde, o acompanhamento materno-infantil e a luta/participação popular permanecem como atribuições dos ACSs por todos estes anos, sendo inclusive ampliadas, uma vez que os Agentes Comunitários de Saúde passaram a acompanhar, visitar e orientar todos os usuários e famílias, na unidade, nas escolas, nas casas. Aos poucos, a importância de se conhecer o território, as fragilidades e fortalezas do ambiente e das pessoas foi sendo valorizada. O enfoque de novas doenças da cólera para a dengue e malária vai sendo legitimado. As interações para com a equipe e também para com outras instituições, como escola, conselho tutelar, foram também sendo formalizadas e legitimadas.

Outras atribuições como atender à demanda espontânea e monitorar programas como o Bolsa Família são funções mais recentes.

Compreende-se que as funções basilares dos ACSs foram mantidas, entretanto entre idas e vindas surge uma incumbência aqui e outra acolá, que ora estão ligadas mais à doença, ora às atividades burocráticas. Assim, por vezes, o território e as pessoas vão dividindo espaço e tempo com o acolhimento, com os registros, com a demanda espontânea e com o Bolsa Família.

Claro que alguns programas e algumas atividades são novatos, todavia reafirmamos que o tempo para as principais funções do ACS vai sendo capturado por outras atribuições

que estão legalizadas, e outras ainda que acontecem no cotidiano de trabalho e de vida, ou seja, são apenas vivenciadas.

Em 2014, com a Lei n. 12.994, foi instituído o piso salarial profissional nacional do ACS - fixado no valor de R\$ 1.014,00 (mil e quatorze reais) mensais, com jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas exigida. Sendo assim, a União passou a prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o cumprimento do piso salarial. O valor que é fixado para a União contribuir corresponde a 95% (noventa e cinco por cento) do piso salarial, que será distribuído em 12 (doze) parcelas consecutivas e 1 (uma) parcela adicional no último trimestre. Já em relação à elaboração dos planos de carreira dos ACSs, as seguintes diretrizes devem ser obedecidas: definição de metas dos serviços e das equipes; estabelecimento de critérios de progressão e promoção; adoção de modelos e instrumentos de avaliação. Outra cláusula pertinente nesta Lei, que é instituída, refere-se ao vínculo dos Agentes Comunitários de Saúde. Nesse sentido, ainda é vedada a contratação temporária ou terceirizada de ACSs, salvo na hipótese de combate a surtos epidêmicos, na forma da Lei aplicável (BRASIL, 2014).

Percebe-se como uma conquista necessária e pertinente a fixação do piso salarial nacional do ACS. Além disso, outras mudanças foram aprovadas, tais como o plano de cargos e carreiras, que em um primeiro instante apontamos como outra aquisição essencial, todavia se observa nas diretrizes tons de produtividade embutidos. Por exemplo, quando se menciona atingir metas, critérios para haver a promoção e outros para a avaliação do ACS. Claro que algumas pontuações como guias-chaves são necessárias, entretanto a execução dessas exigências na prática, no cotidiano de trabalho do ACS, é por vezes severa, até desumana.

Outro registro dessa Lei, que nos encabula, é a brecha que se faz presente de que em alguns contextos peculiares poderá se contratar ou terceirizar os Agentes Comunitários de Saúde. Morosini; Nunes (*apud* MATHIAS, 2008, p.24), em entrevista à Revista Poli, singularizam que “Só no âmbito do SUS a profissão de ACS faz sentido, a ligação entre SUS e ACS é muito estreita, o ACS está organicamente ligado ao SUS”. Torcemos para a não privatização dos ACSs, logo, para a não desestatização do SUS. Infelizmente, uma privatização velada insistente já vem ocorrendo no processo de contratação, de formação de profissionais de saúde e tende a aprisionar/enclausurar também o ACS.

Diante desse enovelado de atribuições que vão aparecendo, sendo algumas reafirmadas, outras substituídas, outras ainda ampliadas ou revogadas, a profissão ACS vai aos poucos tendo sua identidade construída.

Diante desse corolário de atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde apresentado, apreendeu-se que ao realizarem suas tarefas específicas, além de outras práticas, ora de maneira individual, ora ainda de forma coletiva, com o intuito de acompanhar a saúde, prevenir doenças, atender às necessidades, promover orientações aos usuários e famílias, o ACS também cuida. E é um cuidado que perpassa por uma linha tênue entre o saber científico e o empírico, ou seja, exercita em seu cotidiano de vida e de trabalho uma práxis em saúde da família, com um tom de cuidado também de ACS, que está em construção. E, por vezes, ainda não revelado para si, para a eSF (Equipe Saúde da Família) ou ainda para o usuário.

## 2.2 FRAGMENTOS DA TRAJETÓRIA DO CUIDADO

Para iniciar nossos escritos, em que os diferentes modos de cuidado do Agente Comunitário de Saúde nos instigam e nos afetam, nos debruçaremos sobre alguns dos sentidos e significados atribuídos à palavra cuidado e da expressão/fraseologia cuidado em saúde com o intuito de clarear e fundamentar esta praxe, por vezes, ainda a ser desvelada por estes profissionais de saúde.

Nesse sentido, Waldow (1998) entre os seus muitos registros acerca do cuidado, diz que historicamente as mulheres têm sido associadas a esta prática. Algumas ocupações e profissões, tradicionalmente as da área da saúde, também são vinculadas ao cuidar ou ao papel de ajuda no sentido de incumbência. Na verdade, todos cuidamos e somos cuidados: na família, nas nossas relações, na escola. No entanto, em algumas situações e contextos, apreende-se que o cuidado assume funções ou papéis bem mais característicos, técnicos e específicos.

Também Daher; Santo; Escudeiro (2002) destacam que o cuidado é historicamente feminino, uma vez que a genealogia da prática de cuidar demonstra que a mesma teve seu início restrito ao espaço doméstico, privado, particular. Desse modo, é uma prática com sua

origem no interior das famílias e, para sua realização, demandava apenas um saber empírico, ou seja, um saber prático adquirido no fazer cotidiano, passando, assim, de geração a geração.

Marin; Giordani (2009) afirmam que o cuidado sempre esteve presente desde o início, com a origem das civilizações. Era exercido como uma prática instintiva e empírica, por meio de um tímido tom de reflexão crítica e outros poucos princípios científicos.

Com o passar dos períodos, tempos e momentos, Zoboli; Fracoli; Chiesa (2013), indicam que na era capitalista variadas ações no campo da saúde [como o cuidado prestado] se subordinam à lógica de mercado, passando a serem organizadas, a partir de uma lógica privada, tratando a saúde como uma mercadoria com/para fins lucrativos.

E mais especificamente na contemporaneidade, Pinheiro (2008, p. 112) faz a seguinte constatação:

[...]a prática de pesquisar é sinérgica à prática do cuidar e vice-versa, na medida em que a vida cotidiana evidencia cada vez mais a crescente demanda por cuidado. Mais que isso, constata-se que a demanda por cuidado vem, dia após dia, se complexificando, o que tem exigido cada vez mais a atuação de diferentes sujeitos - cidadãos - profissionais, mulheres e homens, cujo outro demandante, cada vez mais requererá atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com seus desejos, suas aspirações e especificidades, de modo a incluí-lo na tomada de decisão sobre sua vida, ou melhor dizendo, sobre sua saúde.

Claro que outras intenções, ações e objetivos atravessaram e ainda perpassam pela maneira em que o cuidado é de certa forma construído conforme a organização da sociedade. Entre esses fragmentos iniciais apresentados pelos autores acima mencionados, apreende-se que o cuidado é registrado por alguns como um ato caritativo em tempos remotos, e por outros como um objeto de compra e venda em tempos mais recentes. Percebe-se, além disso, que o cuidado passa a ser objeto de pesquisa, de produção de conhecimento e ao mesmo tempo uma demanda crescente e cada vez mais complexa.

Questionando aqui e acolá esses exemplos de fragmentos presentes na historicidade do cuidado, elencamos outras definições de cuidado a seguir para embalsarmos nossas reflexões, contentamentos e, por vezes, descontentamentos.

Collière (2003, p.102) pontua que “o cuidar é uma necessidade imperiosa de todas as espécies vivas. Desde que surge a vida, os cuidados existem: é necessário, *cuidar* da vida para

que ela possa permanecer”. Aponta ainda que “*foi a partir das práticas que nasceram todos os saberes*, mas as mais antigas de todas são as práticas de cuidar” (COLLIÈRE, 2003, p.117).

Waldow (2008) ainda menciona que o ser humano é um ser de cuidado, o ser nasce com este potencial, portanto todas as pessoas são capazes de cuidar e necessitam, igualmente, de serem cuidadas. Porém, esta capacidade será mais ou menos desenvolvida de acordo com as circunstâncias, dependerá da forma como as pessoas foram cuidadas durante as etapas da vida. Vários fatores intervêm neste processo, tais como ambiente, cultura, economia, política, religião, entre outros.

Boff (1999, p. 89) alude que:

[...] o cuidado se torna um fenômeno para a nossa consciência, se mostra em nossa experiência e molda a nossa prática. Nesse sentido não se trata de pensar e falar *sobre* o cuidado como objeto independente de nós. Mas de pensar e falar *a partir* do cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos. Não *temos* cuidado. *Somos* cuidado. Isto significa que o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. É um modo-de-ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado deixamos de ser humanos.

E para revelar o cuidado, outras duas significações basilares e intimamente ligadas entre si são colocadas em tela. A primeira designa a “atitude de desvelo, de solicitude e atenção para com o outro. A segunda nasce desta primeira: a preocupação e a inquietação pelo outro, porque nos sentimos envolvidos e afetivamente ligados ao outro”. Os dois significados fundamentais colhidos da filologia nos confirmam a ideia de que o cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado de outras. É um “modo-de-ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Melhor ainda: é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas” (BOFF, 1999, p.91-92).

Pinheiro (2008, p. 110-111), mais uma vez contribui conosco ao enveredar que o:

Cuidado é um ‘modo de fazer na vida cotidiana’ que se caracteriza pela ‘atenção’, ‘responsabilidade’, ‘zelo’ e ‘desvelo’ ‘com pessoas e coisas’ em lugares e tempos distintos de sua realização. O cotidiano que é produzido social e historicamente, em que se pratica o cuidado, o conhecimento, o ‘vivido’, se constrói a partir do entendimento de que o dia após dia, as coisas acontecem sempre, ainda que tudo mude. Dessa maneira o ‘cuidado’ consiste em um modo de agir que é produzido como ‘experiência de um modo de vida específico e delineado’ por aspectos

políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em ‘práticas’ de ‘espaço’ e na ‘ação’ de ‘cidadãos’ sobre os ‘outros’ em uma dada sociedade. Daí o ‘cuidado como ato’ resulta na ‘prática do cuidar’, que, ao ser exercido por um cidadão, um sujeito, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o ‘outro’. O outro é o lugar do ‘cuidado’. O outro tem no seu olhar o caminho para construção do seu ‘cuidado’, cujo sujeito que se responsabiliza por praticá-lo tem a tarefa de garantir-lhe a autonomia acerca do modo de andar de sua própria vida.

Apreende-se que “*ser cuidado... cuidar-se... cuidar*, este verbo conjugado na forma passiva, pronominal e ativa, abraça todas as principais passagens da vida, traduzindo a indispensável necessidade dos cuidados *sem que para isso haja doença*” (COLLIÈRE, 2003, p.178). “CUIDAR... acompanhar os momentos difíceis da vida, permitir transpor um limiar, ultrapassar uma etapa. No entanto, é necessário ser capaz de o viver. É ainda necessário ser capaz e ter a coragem de o fazer reconhecer” (COLLIÈRE, 2003, p.189).

Assinalamos que os dados autores, de certa forma, se misturam, se conectam em relação aos significados e sentimentos atribuídos ao vocábulo cuidado. E nos revelam que o cuidado é algo próprio do ser humano, que vai florescendo em cada itinerário de vida, a partir das experiências, aprendizados e desafios.

### 2.2.1 A diversidade de concepções sobre cuidado em saúde

Para acontecer o encontro de cuidado, é válido aclararmos algumas acepções e outros dizeres sobre o termo cuidado em saúde.

No histórico da saúde pública e coletiva no Brasil, ainda é percebido um leque diverso de formulações de modelos de atenção à saúde, de conceitos de saúde e de doença. Assim sendo, constantes enquadramentos, feitura e tantas outras reformulações perpassam os Programas, as Estratégias, as Políticas, as Portarias e as Leis que são implementadas no contexto da saúde em nosso país.

Desse modo, perpassa-se de um modelo de atenção à saúde curativista, médico-centrado, para um com tons sanitaristas. Os documentos do SUS trazem uma proposta de atenção integral, que vem tentando se fazer presente também na prática. Essa proposta

visando à realização do cuidado em saúde nos revela uma multiprofissionalidade que se interpõe ao biomédico. Contudo, variados desafios e tantos outros atravessamentos políticos, culturais, de formação etc. contribuem ainda para a continuidade/predomínio da lógica biomédica na atenção à saúde.

Ayres, J.R. (2001) discorre e analisa acerca do cuidado em saúde a partir da seguinte conjectura de saúde: um projeto de felicidade.

Percebendo a felicidade e a interação entre usuários – profissionais de saúde ou ainda dentre profissionais – profissionais de saúde como importante para se promover o cuidado em saúde, aclaramos Ayres, J. R. (2001, p. 71), que prediz o seguinte:

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparece no encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber?

Uma vez entendido que o projeto de felicidade está coligado ao cuidado em saúde, vale ainda nos atermos aos protagonistas do cuidado em saúde:

Os protagonistas do cuidado ocupam lugares distintos, mas tais diferenças não verticalizam a relação. Um dos protagonistas, o cuidador, detém um saber instrumental específico, mas o outro, o destinatário das ações de cuidado, mesmo fragilizado pelo seu padecimento, e por isso mesmo, detém um saber prático indispensável para as escolhas relevantes ao seu cuidado. No voltar-se à presença do outro no cuidado em saúde, deve-se ter claramente quem é este outro. Deve-se compreender e ter uma escuta deste outro como aquele que construiu e constrói uma história particular de existência, mas que não é separado do mundo que o rodeia em seus significados compartilhados (ANÉAS; AYRES, J.R., 2011, p. 658- 659).

Além disso, da escuta recíproca e de tantas outras possibilidades, Ayres, J.R. (2004, p. 85) ainda enuncia que no cuidado em saúde:

[...] a presença do cuidador frente ao outro nunca poderá ser a de um estrito aplicador de conhecimentos, pois um saber instrumental absolutizado substituiria a responsabilidade e as potencialidades de cuidador (es) e cuidando (s) apropriarem-se criativamente da instrumentalidade disponível nas práticas de saúde para a construção de suas possibilidades existenciais mais autênticas, para o advir de seus projetos de felicidade.

Diante desses primeiros apontamentos quanto ao cuidado em saúde, notou-se que os autores referidos nos atinam com seus escritos sobre felicidade e cuidado em saúde. Dentre os múltiplos aspectos a serem considerados, apreendeu-se a importância dos protagonistas do cuidado, da escuta ativa, dos saberes compartilhados e de tantos outros modos de cuidar, que devem ser cultivados ao se exercitar o cuidado em saúde.

Filgueiras; Silva (2011) assinalam que o cuidado em saúde resulta de processos de trabalhos individuais e coletivos, institucionalizados ou não. Envolve relações entre as pessoas, trocas afetivas e de saberes, comunicações e inúmeros atos associados entre si, em que os cuidadores - sejam eles profissionais, semiprofissionais, quase profissionais, trabalhadores ou práticos - passam a produzir modos de agir para interferirem no processo saúde-doença, mantendo e restaurando a vida. Utilizam, para tanto, diferentes tecnologias do cuidado, do campo científico e também empírico.

Sendo assim, Ayres, J.R. (2004, p.84) aponta que é preciso ter atenção ao se realizar o cuidado em saúde, na medida em que “ nossa intervenção técnica tem que se articular com outros aspectos não tecnológicos. Não podemos limitar a arte de assistir apenas à criação e manipulação de ‘objetos’ ”.

O mesmo autor ainda indica o diálogo/a conversação como um campo a ser cultivado. “Os onipresentes e substantivos diálogos que entrecem todo o trabalho em saúde não conformam apenas a matéria por meio da qual operam as tecnologias, mas que a conversação, ela própria, na forma em que se realiza, constitui um campo de conformação de tecnologias” (AYRES, J.R., 2004, p. 88).

Foi possível perceber com os dados autores referidos que para se promover o cuidado em saúde, variados tipos de tecnologias são importantes, todavia não se deve confundir objetos, maquinarias, com pessoas e diálogos, ou seja, conversar, dialogar são pressupostos inerentes ao cuidado em saúde.

Pinheiro (2008, p.113), afirma que:

‘Cuidado em saúde’ é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento em grande medida fruto de sua fragilidade social, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. O ‘cuidado em saúde’ é uma ação integral fruto do ‘entre - relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida.

Para alicerçar de maneira mais plena nossas reflexões sobre o cuidado em saúde, elencou-se, a seguir, outras ponderações, que Ayres, J. R. (2004) nos aclara através dos seus escritos. Para o autor:

[...] qualquer indivíduo é, de fato, potencial ‘objeto de conhecimento e intervenção’ [...]. Contudo, nada, nem ninguém, pode subtrair a esse mesmo indivíduo, como aspirante ao bem-estar, a palavra última sobre suas necessidades [...]. É preciso que o cuidado em saúde considere e participe da construção de projetos humanos. Como vimos, para cuidar há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo. Então é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência (AYRES, J.R, 2004, p.84-85).

Assim, percebe-se que a prestação do cuidado pode vir a colaborar para com a construção dos projetos de felicidade, aspirando junto com os usuários o bem-estar, segundo as necessidades identificadas, expressas pela voz ativa ou ainda gestos pulsantes dos usuários.

Waldow (2008, p. 89-90) também corrobora ao dizer que a preocupação para com o usuário é, antes de tudo, um modo de cuidar:

As duas partes envolvidas na relação, ser cuidado e cuidador, contribuem para ele; existe responsabilidade, compromisso. O cuidado deve ser, de alguma forma, completado no outro para assim ser descrita como uma relação de cuidado. A relação é o reconhecimento do encontro humano que implica uma resposta afetiva.

Ayres, J. R. (2004, p. 85) também põe em tela o pressuposto de que cada encontro de cuidado deve ser realizado de forma renovada/refeita/reconstruída, levando em consideração o

diálogo entre a ciência e a vida, haja vista que: “existe uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz, a que estamos chamando de Cuidado”.

Ainda, o dado autor revela que as tecnologias podem ser utilizadas ao se prestar um cuidado, para isso salienta quanto à importância do profissional de saúde ao diferenciar objetos de sujeitos para que o cuidado seja prestado com qualidade.

Com efeito, a interação terapêutica apoia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. Estabelece-se a partir e em torno dos objetos que ela constrói, mas precisa enxergar seus interstícios. Nesse sentido, o Cuidar põe em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos. [...] utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novas tecnologias, quais tecnologias combinar, quais tecnologias transformar, todas essas escolhas resultam de um juízo prático, um tipo de sabedoria diferente daquela produzida pelas ciências. Trata-se de uma sabedoria que não cria produtos, não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis, não cria universais, posto que só cabe no momento mesmo em que os seus juízos se fazem necessários. Quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado (AYRES, J.R., 2004, p. 85-86).

E revela a importância de conhecer e reconhecer o querer e o não querer dos usuários ao se realizar o cuidado (AYRES, J.R., 2004, p. 87):

Embora estas ciências ocupem lugar fundamental e insubstituível, pelo tanto que já avançaram na tradução de demandas de saúde no plano da corporeidade, ao atentarmos à presença do outro (sujeito) na formulação e execução das intervenções em saúde, precisamos de conhecimentos que nos instruem também desde outras perspectivas. É assim que a tradução objetiva das identidades e aspirações dos indivíduos e populações de quem cuidamos, para além da dimensão corporal realizada pelas ciências biomédicas, guarda enorme interesse para o Cuidar.

Mais uma vez o diálogo se faz presente na feitura de um cuidado em saúde, diálogo que deve se fazer presente em todo encontro de cuidado entre usuários e profissionais de saúde, sobretudo na ESF.

A produção do cuidado em saúde, “de um modo geral, envolve um conjunto milenar de saberes e práticas desenvolvidas em diferentes contextos e efetuadas por diversos grupos,

não sendo, portanto, nessa perspectiva, uma ação exclusiva de uma categoria profissional” (FILGUEIRAS; SILVA, 2011, p.902).

Ao mesmo tempo, Ayres, J.R. (2004) destaca que no encontro do cuidado é preciso trabalhar tanto os saberes científicos quanto o contexto do outro, é preciso trabalhar com as regularidades, com as relações abstratas, com as situações concretas e com um trabalho de reconstrução que se dê no espaço mesmo de operação dos saberes tecnológicos para se prestar o cuidado.

Ainda trazemos Boff (2005, p. 33), que nos faz refletir sobre a natureza do cuidado essencial, para tal feito: “a porta de entrada não pode ser a razão calculatória, analítica e objetivística, que nos leva ao trabalho-intervenção-produção e aí nos aprisiona. As máquinas/computadores mostram, melhor que os seres humanos, o funcionamento deste tipo de razão - trabalho”.

Assim, percebemos que a subjetividade, as inter-relações e os afetos são e devem se fazer presentes no encontro do cuidado em saúde, uma vez que a complexidade dos seres humanos nos revela experiências únicas de sofrimento, do adoecer mas também de saúde e de felicidade. A produção do cuidado não deve ser considerada apenas como uma tarefa, com características objetivas, em que a atuação tanto dos profissionais de saúde quanto a dos seres cuidados seja pareada como as das máquinas, apenas operacionais, a partir de alguns comandos.

Ayres, J.R (2004) diz o quanto é importante a conversação para haver a identificação das necessidades de saúde e de doenças, no encontro do cuidado, para que sejam trabalhadas e os problemas sanados.

[...] As tecnologias de conversação sejam desenvolvidas no sentido de uma ausculta sensível – que permita em todos esses espaços e momentos a irrupção do outro, com suas variadas demandas – e de uma orientação assistencial voltada à integralidade do cuidado – com capacidade e agilidade de produzir algum tipo de resposta do serviço a essas demandas. Por outro lado, quanto mais tais redes de conversação forem percebidas e trabalhadas, tanto mais as vozes e demandas dos sujeitos técnicos se farão ouvir também, pois, do mesmo modo que os indivíduos e populações ‘alvo’, também os operadores da técnica se vêem limitados em sua expressão subjetiva por tecnologias instruídas por categorias excessivamente universais, abstratas e rígidas (AYRES, J.R., 2004, p. 88- 89).

Apreendemos que o cuidado em saúde, de certa forma, agrega saberes e conhecimentos práticos e teóricos, populares e científicos, que pode ser realizado por diferentes profissionais e por meio de uma multiplicidade de tecnologias.

O mesmo autor nos leva a pensar que para se prestar um cuidado efetivo é importante compreendermos, ampliarmos e multiplicarmos as interações intersubjetivas para com o outro. Segundo ele, faz-se necessário também 'enriquecer horizontes', extrapolar os parâmetros do campo da saúde *stricto sensu*, convocando a intersectorialidade, e se abrir a diferentes possibilidades de expressão. Diz ele:

Finalmente, a orientação em relação a um Cuidar efetivo, no qual a presença do outro seja ativa e as interações intersubjetivas sejam ricas e dinâmicas, exige que tanto a racionalidade orientadora das tecnologias quanto os âmbitos e agentes de sua operação tenham seus horizontes expandidos. É preciso superar a conformação individualista, rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e enriquecer a racionalidade biomédica com construtos de outras ciências e outros saberes. Todos esses nortes dependem de que saiam do jargão sanitário e passem a fazer parte de efetivos rearranjos tecnológicos as surradas bandeiras da interdisciplinaridade e intersectorialidade – as quais nunca será demais endossar. A essas somaríamos outra, ainda, não tão celebrada, mas já relativamente valorizada: a da pluralidade dialógica, isto é, a abertura dos espaços assistenciais a interações dialógicas por meio de linguagens outras, como a expressão artística, o trabalho com linguagens corporais e mesmo outras racionalidades terapêuticas (AYRES, J.R., 2004, p. 89).

Dessa maneira, ao visualizar as concepções de cuidado em saúde, até aqui mencionadas, pode-se dizer que o mesmo pode e deve ser desenvolvido no dia a dia de trabalho de todos os profissionais de saúde, incluindo o ACS. Sendo assim, diversos tipos de saberes, conhecimentos, práticas, técnicas e emoções devem se conectar para que o cuidado, em que o usuário seja coparticipante do plano de cuidado construído, possa ser praticado.

## 2.2.2 Múltiplos olhares sobre modos de cuidar

De forma mais alinhavada, trazemos Ayres, J.R. e Acioli, que utilizam em suas produções os termos 'práticas de saúde e de cuidado' e, por seguinte, fundamentamos a nossa escolha pela expressão 'modos de cuidar'.

Desta forma, Ayres, J. R. (2004, p. 74), nos encabula dizendo que:

Assistimos em tempos recentes à emergência de uma série de novos discursos no campo da saúde pública, mundial e nacionalmente, tais como a promoção da saúde, vigilância da saúde, saúde da família, redução de vulnerabilidade, entre outros. Tais discursos revelam a vitalidade conceitual da saúde pública deste início de milênio e traz ao debate diversos convites à renovação das práticas sanitárias. Contudo, uma efetiva consolidação dessas propostas e seu mais consequente desenvolvimento parece-nos depender de transformações bastante radicais no nosso modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos. Acreditamos que há uma série de aspectos filosóficos que precisam ser revisitados para que, aos avanços conceituais já alcançados, possam corresponder transformações práticas mais expressivas. É nesta condição de uma desconstrução teórica, com vistas a contribuir para a reconstrução em curso nas práticas de saúde, que se quer trazer ao debate a presente reflexão sobre o Cuidado. Não se trata de somar mais um discurso àqueles acima listados; a discussão aqui proposta está longe de pretender ter o caráter aplicado que os caracteriza. Trata-se de compreender as práticas de saúde, inclusive aquelas que constituem o substrato dos seus discursos renovadores, sob uma determinada perspectiva que, se feliz em seus propósitos, poderá agregar-se ao esforço de adensamento conceitual e filosófico desse novo sanitarismo.

Percebemos, com Ayres, J.R., que diante do novo sanitarismo surgem novas palavras, outros conceitos e tantas outras formas de práticas em saúde, logo, de cuidado, o que nos aclara uma perspectiva contributiva de que vivenciamos ainda uma Reforma Sanitária. Sendo assim, apontamos essa reflexão como positiva, pois mudanças são necessárias.

Intensificando ainda mais sobre o tema, Acioli (2003, p.36), em seus estudos e reflexões também utiliza o termo práticas de saúde, como podemos perceber a seguir:

As práticas de saúde são construídas através de vários *habitus* que estão relacionados à interiorização de normas e valores presentes na cultura. São práticas orientadas por uma gama de influências; institucionais, familiares e referentes ao grupo social de que fazem parte. Dessa forma, possuem vários sentidos, que misturam vários elementos de biomedicina e de outras racionalidades médicas e da chamada medicina tradicional ou popular. Podem ser percebidas como maneiras de fazer, que implicam estratégias e táticas de pessoas e grupos desenvolvidas em determinados contextos, no sentido de separação de limites que definem suas práticas. Há, portanto, uma combinação entre as práticas ou maneiras de fazer, e elementos presentes nos contextos da vida cotidiana das pessoas e do lugar que ocupam nos grupos sociais em que se inserem.

Nesse sentido, Roza (2015, p.34), por sua vez, diz que utiliza o termo ‘práticas de saúde’ por perceber que as mesmas estão intimamente ligadas ao cuidado, ou seja, as mesmas podem ser apreendidas como a extensão do cuidado. Por isso, entende o cuidado como uma

filosofia, uma identidade ou algo maior, como uma essência que deve estar embasando quaisquer práticas de saúde.

Uma vez assinalado tais termos, optamos em utilizar modos de cuidar, pois consideramos que as práticas, ações, atribuições em saúde, sobretudo na saúde da família, são advindas do cuidado.

Sendo assim, ressaltamos que nossas reflexões nos fazem perceber e publicizar modos de cuidar, uma vez que quando nos inferimos aos modos, partilhamos de sentidos ladeados por uma subjetividade em cada encontro de cuidado. E desvelar os modos de cuidar construídos pelos ACSs em suas rotinas de trabalho e de vida é uma das intenções deste estudo.

Dessa forma, quando mencionamos modos de cuidar, também queremos dizer que o tom subjetivo está presente, assim como o objetivo/técnica, visto que o modo de se prestar o cuidado conjuga aprendizados vivenciados em casa, na vida, com a equipe, na formação, além dos saberes populares. Estes aprendizados carregam um modo de fazer, próprio de cada ACS. Buscamos revelar a multiplicidade de olhares sobre modos de cuidar a partir de cada ACS participante da pesquisa.

Conforme Ayres, J.R. (2004) apontou, com as crises que também atravessam o campo da saúde, é preciso se pensar nas práticas de saúde a partir do cuidado, aliás outras construções alternativas são bem-vindas. Destarte, pensar sobre modos de cuidar pode ser um avanço, logo, bem acolhido.

### 2.3 BREVE REFLEXÃO SOBRE OS MODOS DE CUIDADO DO ACS: buscando uma ação singular

Para trabalhar e cuidar, cuidar e trabalhar, trabalhar cuidando ou ainda cuidar do trabalho, os Agentes Comunitários de Saúde, além de uns aspectos objetivos do trabalho, mobilizam também subjetividades em suas práticas. Podemos dizer que o sentimento dá liga, ou melhor, sentido a toda ação realizada para a promoção do cuidado na saúde.

E para tal feito, dentro do leque diverso de sentimentos, tais como amor, ternura..., iremos de certa forma nos apropriar neste momento da compaixão. Segundo Boff (1999) compaixão não é um sentimento menor de ‘piedade’ para com quem sofre. Não é passiva, mas altamente ativa. Com-paixão, como a filologia latina da palavra o sugere, é a capacidade de compartilhar a paixão do outro e com o outro. Trata-se de sair de seu próprio círculo e entrar na galáxia do outro enquanto outro para sofrer com ele, alegrar-se com ele, caminhar junto com ele e construir a vida em sinergia com ele.

Assim, observamos que a compaixão é um dos sentimentos mais basilares que norteiam toda ação, efeito ou ato de cuidar. E que ao realizar o cuidado no campo da saúde, o ACS carrega em sua bagagem de afazeres, sabedorias e sentimentos, formas, ou melhor, modos de cuidado próprios, singulares.

Collière (2003) ainda indica outro sentimento inerente à prática do cuidado em saúde, que é a necessidade de ter coragem, uma vez que realizar o cuidado é um exercício complexo, inacabado tanto para o ACS quanto para os demais profissionais de saúde da família. Ao cuidar dos usuários e das famílias mais de pertinho em um dado território concreto e repleto de afetações únicas, múltiplas e singulares, o ACS também é um copartícipe para a prestação de um cuidado integral a ser realizado por toda equipe, logo, ter coragem se faz presente e necessário.

Ilustramos que dentro do leque de sentimentos existentes, entoamos os dois aqui mencionados conforme os dados autores, ou seja, com-paixão e coragem, que também percebemos como complementares para a realização do trabalho em saúde da família e que se fazem presentes nos modos de cuidar do ACS.

Para balizar nossos olhares e reflexões sobre os modos de cuidar do ACS, iremos trazer, a seguir, algumas conexões entre a atividade do cuidado e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde de forma mais adensada, conectiva.

Percorrendo o caminho de prestação de cuidados aos usuários/família/comunidade, surge o ACS, em sua maioria mulheres, que com espírito de solidariedade e mobilização passam a disseminar informações, orientações e cuidados caseiros. Como afirmam Durão et al. (2013, p.428 - 429) desde as experiências iniciais, o Pnacs e o PSF apresentam como uma de suas marcas a relação entre o estado de vulnerabilidade e pobreza das populações atendidas

e uma concepção de gênero na qual o papel do cuidado, socialmente construído como um atributo feminino, é empregado para difundir a política de Estado. Nestes programas, as ACSs passam a ser responsáveis por semear cuidados caseiros que poderiam prevenir determinadas doenças.

Conforme afirma Kebian (2011), o ACS é um profissional que utiliza as práticas de cuidado no seu cotidiano, está próximo das famílias, entende os seus modos de vida, identifica as necessidades e sugere as condutas pertinentes em seu território de atuação na saúde da família.

Chamamos atenção para duas dimensões do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, técnica e política, que se imbricam em relação à atuação desses trabalhadores. Segundo Silva; Dalmaso (2002b):

A dimensão técnica diz respeito ao atendimento às pessoas e às famílias, à prevenção de agravos e ao monitoramento de grupos ou problemas específicos. A dimensão política compreende uma proposta de organização da comunidade para transformação das condições de saúde, tendo o ACS uma interpretação mais ético - comunitária como elemento fomentador da organização da comunidade para a cidadania numa perspectiva de transformação social. Porém, na atuação prática dos ACSs, não há ainda uma síntese dessas duas dimensões, sendo mais explorada uma ou outra de acordo com o contexto no qual está inserido.

Compreendemos as duas dimensões, técnica e política, como importantes e complementares para a atuação do ACS. Por vezes, ser morador do território em que atua como trabalhador em saúde não é uma tarefa fácil. Logo, saber conjugar as dimensões mencionadas acima de forma somatória e benéfica para a prestação do cuidado em saúde é um desafio corrente.

Para realizar seus modos de cuidado, de forma dialógica, realizando suas atribuições com as dimensões técnica e política, os profissionais atuantes na saúde da família, com destaque para o Agente Comunitário de Saúde, acabam transcendendo os procedimentos técnicos e como afirma Waldow (2004) “abrange dimensões como a família, as necessidades psicoemocionais, a comunidade, as relações interpessoais e interprofissionais, o afeto, a escuta e a política institucional”.

Tendo em vista que “o processo de cuidar envolve uma relação entre a pessoa que cuida e o sujeito, na qual o contexto social, político, econômico e cultural está intimamente

presente” (BARCELOS; ALVIM, 2006), percebeu-se que no contexto da saúde da família essa transcendência precisa ser viva, com múltiplas dimensões, significados e emoções.

Nesse sentido, destacamos uma característica comum e intrínseca do trabalho do ACS e dos outros profissionais de saúde da família, a comunicação. Comunicação que é de suma importância para a realização do cuidado, sobretudo em saúde da família. A interação entre os profissionais é em prol de um objetivo comum, que é o cuidado da pessoa/usuário, que é pensado conjuntamente por todos os membros da equipe de saúde da família (PEDUZZI, 2001; SAKATA; MISHIMA, 2012). Logo, exercitar uma escuta qualificada, participar ativamente das discussões de caso, das constantes formulações dos projetos terapêuticos e das reuniões de equipe são atividades inerentes a todos da equipe em prol do cuidado resolutivo. A interação e a comunicação se fazem necessárias, ainda que no cotidiano de trabalho acabem por um motivo ou outro, muitas vezes, não acontecendo ou ocorrendo de forma distorcida, ruidosa.

Claro que compreendemos pela literatura, por vivências, relatos, dizeres e gestos que o trabalho em equipe é um exercício cotidiano, com facilidades e dificuldades que são cultivadas a cada novo dia. Todavia, espaços intercessores, em que o grande mote é a reflexão sobre o processo de trabalho, precisa e deve ser uma prática instituída e concretizada, a partir de uma comunicação dialógica, em que todos possam ter voz e escuta ativa.

Para Merhy e Matumoto (1997; 1998), o espaço intercessor é um espaço de encontro em que se processa a produção de ações de saúde. Neste espaço, ocorre muito mais que a simples soma das produções que cada um dos envolvidos é capaz de desenvolver para a resolução dos problemas. Juntos os profissionais potencializam-nas, podendo encontrar alternativas mais criativas, considerando principalmente o jogo das intencionalidades e necessidades de cada um como instituintes do trabalho em saúde em ato.

De tal modo, Sakata; Mishima (2012, p. 671) ainda elencam que:

Espaços intercessores entre os próprios trabalhadores de saúde também precisam ser criados e potencializados para que o trabalho na saúde da família possa se constituir de forma mais prazerosa para os trabalhadores de saúde e mais acolhedora para as pessoas. Espaços esses, nos quais o estar disponível para o saber e o não-saber do outro possa conformar novos jeitos de se produzir o cuidado e o trabalhador. Espaços capazes de trazer com mais força a voz e a expressão dos ACSs na ação comunicativa com a equipe.

Revelamos que os espaços de trocas, de saberes, dúvidas, informações, questionamentos, pensamentos, leituras e aprendizados podem ser constituídos, além do espaço formal de uma reunião de equipe, de módulo ou ainda de setor. Ou seja, os espaços informais como ao se realizar uma visita domiciliária, no corredor de um posto de saúde, ou ainda no caminho para a realização de uma atividade em uma escola de um território, podem surgir e aflorar diálogos, em que a produção do cuidado pelo Agente Comunitário de Saúde e pela equipe é a temática de apoio. Notamos que o espaço de reunião de equipe é importante, e que não se perca esse espaço intercessor, mas ampliamos nossos olhares para registrar que a comunicação intrínseca pode e deve vir a ocorrer, muito além desse espaço.

Outro apontamento importante a ser mencionado refere-se à voz e às possibilidades do ACS, em seu cotidiano de trabalho no território, para enveredarmos outras reflexões:

Além da presença e da voz do ACS na eSF representarem a presença e a voz da própria comunidade, ele pode ser um trabalhador estratégico. Se suas ações compreenderem uma dimensão mais política e comunitária, o trabalho da equipe pode ser atravessado por ruídos que possibilitam os trabalhadores a pensar criticamente o agir na saúde. No entanto, se o trabalho do ACS for capturado somente pela dimensão técnica e assistencial do modelo biomédico, suas ações serão pouco potenciais para as almejadas mudanças nas práticas de cuidado (SAKATA; MISHIMA, 2012, p. 671).

Pensarmos sobre a atuação do ACS, tanto na equipe quanto na comunidade, nos faz perceber a magnitude dos sons, tons, significados, harmonias e desarmonias que podem vir a revelar/ecoar nos espaços intercessores e o quanto isso é importante para se produzir o cuidado em saúde da família. Logo, é importante sempre estarmos atentos à condução do processo de trabalho da eSF para que a equipe multiprofissional não reproduza os afazeres e práticas do modelo biomédico, que ora e outra acaba sendo reproduzido tanto aqui quanto ali e acolá.

### III ABORDAGEM METODOLÓGICA

#### 3.1 CAMINHO METODOLÓGICO

Buscando acercar-nos dos modos de cuidado do ACS, propomos e compusemos uma pesquisa de natureza qualitativa a partir do Grupo Focal. A pesquisa de abordagem qualitativa se baseia na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida pelos seus próprios atores. Assim, elas propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividades dos seres humanos (POLIT; HUNGLER, 1995).

Nossa pretensão não foi a de esgotar o tema, mas apenas de constituir uma primeira aproximação deste, o que nos permitiu levantar um leque de questões sobre a prática cotidiana dos ACSs e o cuidado em saúde. Sem qualquer intenção de generalização dos resultados, o que buscamos foi desenvolver um estudo que favoreça a ampliação das discussões sobre a temática a partir da realidade pesquisada.

Para a contextura de tal estudo, o cenário eleito foi o município de Itaboraí, considerando que a pesquisadora tem uma familiaridade com sua rede de saúde em função de sua trajetória de formação e de práticas em saúde. Ainda, assinalamos que o município de Itaboraí, presente na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, apresenta uma população estimada em aproximadamente de 227.168 mil habitantes (IBGE, 2014). A implantação da ESF teve seu início em 2002, atualmente possui cerca de 32 unidades de ESF implantadas, 44 equipes de saúde da família e abrange uma cobertura de 70% da população (BRASIL, [2015?]; OLIVEIRA et al., 2011), o que garante que o trabalho dos ACSs já esteja institucionalizado na região. A autorização para a realização da pesquisa no dado município está disposta em ANEXO B.

Clareamos que a proximidade da pesquisadora para com alguns profissionais de saúde atuantes no Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), na Coordenação Regional da Estratégia de Saúde da Família do município de Itaboraí, como também da unidade de saúde da família mencionada anteriormente, foi fator propulsor para a definição do campo para o

desenvolvimento do estudo. Assinalamos ainda que os ACSs ali atuantes reuniam um leque repleto de trajetórias de atuação na ESF.

Para participar da pesquisa foram convidados os 09 ACSs que compõem 02 equipes da unidade de saúde da família elegida. Todos tinham pelo menos 02 anos de atuação na ESF e aceitaram participar livremente da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disposto em APÊNDICE A, conforme consta na Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Destacamos que a coleta de dados foi realizada através da técnica de Grupo Focal, que segundo Dyniewicz (2014) tem como essência a interação de participantes com o pesquisador sobre um determinado assunto, o qual é direcionado com um propósito específico. As atividades em grupo permitem discussões sobre opiniões, relevâncias e valores dos participantes. Esta atividade oportunizou ainda aos participantes considerarem o seu próprio ponto de vista e o do outro, pois o objetivo consistiu em angariar dados com alta qualidade, em um determinado contexto, para reflexões e aprofundamento da temática basilar, além de ter permitido o surgimento de ideias novas e ainda originais.

Alguns atravessamentos devem ser aqui apresentados para melhor compreendermos os depoimentos do Grupo Focal, que serão discutidos e analisados mais adiante. A dada unidade de saúde funciona em uma casa, em que a sala constitui o *hall* com os arquivos dos prontuários, e onde é realizado o Acolhimento por um ACS ou por um profissional dos serviços gerais. Os dois quartos funcionam como os consultórios. A cozinha, além do espaço de alimentação, é também espaço da reunião de equipe. Há um banheiro para os profissionais e um outro para os usuários. Aos fundos da casa, de forma improvisada, há uma sala onde ocorre a Triagem e uma sala de vacina. Possui também uma área (varanda) com cadeiras distribuídas nas quais os usuários se alocam. Aos fundos da dada casa, há ainda um quintal com algumas árvores e gramas descuidadas, ora e outra a presença de alguns animais.

Além da estrutura física, é importante assinalarmos outro ponto considerável que se refere aos recursos humanos, uma vez que são os seguintes profissionais atuantes: 01 médico, 02 enfermeiros, 02 técnicos de enfermagem, 09 ACSs e 01 profissional de serviços gerais. Através de alguns relatos e observações, percebemos que a maioria dos profissionais de saúde que trabalham ali foi admitida por concurso público municipal, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde. Todavia, de forma concomitante, há uma Organização Social de

Saúde (OSS) atuante no dado município. Por exemplo, o único profissional médico é contratado pela OSS e estava naquele momento sem receber seu salário. A falta de luz e de outros materiais, como luva e gaze, também é uma realidade local.

Nesse sentido, assinala-se que previamente houve o convite aos 09 ACSs de forma a criar um primeiro contato e outras possibilidades com os atores-chaves da pesquisa. Um tempo depois foi realizado, então, no espaço de um dos consultórios da unidade de saúde, o grupo focal, com duração de aproximadamente duas horas. Dos 09 Agentes Comunitários de Saúde, 02 não puderam comparecer, 01 chegou um pouco atrasado, mas também participou da coleta de dados. Além do moderador (pesquisadora), houve um observador que colaborou com as anotações. As falas também foram gravadas. Os ACSs foram identificados através da seguinte expressão: ACSs Maria(s) e ACS João, seguindo um numeral arábico em uma contagem crescente. Revelamos que os nomes populares Maria e João foram escolhidos por representarem uma subjetividade simbólica de trabalhadores do nosso país.

Foi um dia chuvoso e contamos apenas com a iluminação de alguns raios de Sol, que ainda insistiam em refletir sobre os imobiliários antigos do consultório, visto que a unidade de saúde há cerca de duas semanas estava sem luz. Entre um barulho aqui, uma sombra insistente e gotejos de chuva, os Agentes Comunitários de Saúde emitiram depoimentos ladeados por tons de emoções, o que fez superar os outros barulhos existentes que insistiam em ecoar no espaço do dado consultório.

Após uma breve apresentação dos participantes, os ACSs individualmente preencheram um Questionário de Caracterização com perguntas abertas e fechadas para a construção do Perfil dos ACSs (APÊNDICE B); em seguida, foram abordadas as sete perguntas, dispostas no Roteiro do Grupo Focal (APÊNDICE C); e posteriormente, todos foram convidados a de certa forma representar os seus modos de cuidado através de um desenho ilustrativo, compondo, assim, os Croquis de Cuidado (ANEXO C).

Vale apontar que a maioria dos ACSs foi participativa buscando preencher o questionário individual, responder às indagações do Grupo Focal através dos seus depoimentos e ao compor seu respectivo croqui. Ressaltamos que o intuito da confecção dos Croquis de Cuidado foi o de angariar de forma mais ampliada os modos de cuidado dos ACSs. Dessa maneira, após a composição de cada ilustração, os ACSs, apresentaram o significado de cada rabisco/recorte/desenho presente em seu respectivo croqui. As descrições

dos ACSs foram representadas através das seguintes expressões: “Percorrendo o território: barreiras e tantas outras possibilidades”; “Compondo um fluxo de cuidado”; “Visita domiciliária: algumas fortalezas e outras fragilidades”; “Batata quente: exercício cotidiano em saúde da família”; “Um poema, casinhas e ACSs uma união que se faz presente”; “Realizando atividades de educação em saúde entre um passo e outro”; “Mediando algumas informações, conectando outros saberes”. Todavia, devido a alguns limites de tempo/prazos, optamos por não deixarmos de apresentar os croquis, entretanto uma análise mais apurada não foi possível de ser concretizada.

Uma vez realizado o Grupo Focal, os registros gravados foram transcritos e também digitalizadas as anotações realizadas pelo observador. Por seguinte, foram realizadas leituras, releituras e reflexões para a análise, que proporcionou a construção de dois núcleos - temáticos: Compondo o perfil dos ACSs Maria(s) e João e Desvelando um relicário de possibilidades dos modos de cuidar do ACS. O relicário foi estruturado a partir de três categorias, advindas do compilado de Fragmentos de depoimentos (APÊNDICE D): Primeira Categoria – A singularidade de percepções sobre os modos de cuidado; Segunda Categoria – Descontinuidade e fragilidade do processo de capacitação para o cuidado; Terceira Categoria – Facilidades e tensões no processo de cuidar na ESF.

Fica registrado, ainda, que a coleta de dados foi realizada, após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), apresentando o seguinte número do CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 44533215.2.0000.5241. Em ANEXO A parecer do CEP.

## IV RESULTADOS: análise e discussão

### 4.1 COMPONDO O PERFIL DOS ACSs MARIA(S) E JOÃO

Para iniciar nossas ponderações sobre os Agentes Comunitários de Saúde, construindo os resultados e discussões, colocamos em tela nesse primeiro momento algumas características que compõem o perfil dos ACSs, que foram os atores-chaves do dado estudo. A seguir, apresentamos o Quadro 2, em que ilustramos o perfil dos ACSs.

**Quadro 2 - Perfil dos ACSs**

Nome	Idade	Sexo	Número de filhos	Formação	Número de pessoas que convivem no espaço residencial	Número de pessoas que convivem no espaço residencial que necessitam de cuidados	Tempo de atuação como ACS	Formação e capacitação para ser ACS
ACS João I	22 anos	Masculino	Nenhum	Graduação Incompleta em Farmácia	02 pessoas	Não	02 anos	Curso Introdutório e capacitações
ACS Maria II	38 anos	Feminino	02	Ensino Médio Completo	03 pessoas	Não	13 anos	Primeiro módulo do Curso Técnico de ACS
ACS Maria III	40 anos	Feminino	Nenhum	Graduação Incompleta em Serviço Social	04 pessoas	Não	02 anos	Curso Introdutório e capacitações
ACS Maria IV	35 anos	Feminino	01	Ensino Médio Completo	03 pessoas	Sim	13 anos	Primeiro módulo do Curso Técnico de ACS
ACS Maria	30 anos	Feminino	02	Graduação Completa em	Não respondeu	Sim	02 anos	Não respondeu

V				Farmácia				
ACS Maria VI	34 anos	Feminino	Nenhum	Graduação Incompleta em Computação	02 pessoas	Não	13 anos	Não respondeu
ACS Maria VII	38 anos	Feminino	01	Ensino Médio Completo	03 pessoas	Não	13 anos	Não respondeu

Fonte: Elaborado pela autora a partir do QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO: perfil dos ACSs e de depoimentos registrados do Grupo Focal. 2015.

Sobre as características dos Agentes Comunitários de Saúde, observou-se que a idade variou entre 20 e 40 anos, tendo um único homem (01), logo, prevalecendo o sexo feminino (06). Em relação aos que têm filhos, quatro assinalaram positivamente, tendo de 01 a 02 filhos no máximo, e a idade dos mesmos variaram entre 01 e 20 anos.

Já quanto à formação dos ACSs, 03 possuem ensino médio completo, 03 apontaram ter graduação incompleta nos seguintes cursos: Serviço Social, Farmácia e Computação e 01 pontuou ter graduação completa em Farmácia.

E quando perguntados sobre quantas pessoas convivem no espaço residencial, eles responderam de 02 a 04 pessoas. Um ACS deixou em branco o espaço correspondente a esta resposta. Já quando questionados se eles moram com alguém que necessita de cuidados, 05 assinalaram que não e 02 que sim. Destes que responderam positivamente, 01 não descreveu quais cuidados e o outro anotou que cuida de um dos seus filhos, que é um bebê.

Quanto ao tempo atuam como ACSs, 04 responderam que há 13 anos e os demais 02 anos. E os 07 por unanimidade pontuaram que não realizam nenhuma outra atividade laboral, além de ser ACS.

Uma vez questionados a respeito da formação e capacitação para ser ACS, 02 relataram ter já cursado o primeiro módulo do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde com duração de 400 horas, válido mencionar que estes atuam como ACS há 13 anos, 02 ACSs disseram que já participaram do Curso Introdutório e de capacitações e os demais não responderam.

Por seguinte, analisamos, discutimos e desvelamos algumas impressões e outras inquietações sobre os modos de cuidado dos ACSs em seus cotidianos de trabalho.

## 4.2 DESVELANDO UM RELICÁRIO DE POSSIBILIDADES DOS MODOS DE CUIDAR DO ACS

Seguindo nosso caminho de reflexões, trazemos agora algumas análises e discussões dos depoimentos dos ACSs. Dentre tantas formas de arranjos e composições foram construídas as seguintes categorias: Primeira Categoria: A singularidade de percepções sobre os modos de cuidado. Esta categoria foi elaborada a partir do reconhecimento dos ACSs como Agentes Comunitários de Saúde que cuidam. Além disso, das possibilidades de modos de cuidado, apreendidas em forma de exemplos, e da prestação do cuidado em interface com os demais profissionais na ESF; já na Segunda Categoria: Descontinuidade e fragilidade do processo de capacitação para o cuidado, os ACSs mencionam como aprenderam a cuidar e demonstram um querer aprender cada vez mais e mais para a prestação de um cuidado com qualidade; e na Terceira Categoria: Facilidades e tensões no processo de cuidar na ESF, percebemos como os ACSs em seus processos de trabalho lidam com as dificuldades e com as facilidades para se realizar o cuidado na ESF.

### 4.2.1 Primeira Categoria - A singularidade de percepções sobre os modos de cuidado

Para tecer esta primeira categoria, assinalamos entre os dizeres, concepções e sentidos, os significados atribuídos ao cuidado, de acordo com as percepções dos ACSs que participaram da pesquisa. Estes revelaram seus modos de cuidado, presentes em seus cotidianos tanto de vida, como também de trabalho: “*passar informações*”; “*identificar as necessidades dos usuários e orientar*”; “*escutar os cadastrados*”; “*criar vínculo com os usuários e suas famílias*”. Nesse sentido, tateamos a singularidade impressa nas falas que

revelam que o cuidar é, em síntese, dar voz aos usuários. Essa singularidade pode ser visualizada através de seus relatos:

“Para mim cuidar é ver as necessidades da pessoa, o que ela precisa, prestar atenção e tentar orientar da melhor forma possível” (ACS Maria V).

“É você poder levar as informações, conforme as necessidades das pessoas e poder ajudá-las [...]. O trabalho do ACS dentro da unidade básica de saúde é um dos trabalhos mais importantes, porque quem chega primeiro na população somos nós, entendeu? [...]. A gente até fica feliz em ver que através das nossas orientações e do cuidado que realizamos ao trazê-las para a unidade, essas pessoas hoje não têm mais essas doenças” (ACS Maria III).

“Com certeza eu cuido. Porque é a gente que está lá né, dentro da casa do morador, da pessoa, que vê os primeiros sinais de que ela possa desenvolver uma doença, que traz o caso dela para dentro do posto de saúde [...]. A gente cria um vínculo com a comunidade, muitos pensam que a gente é uma extensão da família deles, estão sempre procurando a gente ” (ACS João I).

Apresentamos com os ACSs Maria (s) e João que os mesmos cuidam de modo singular ao se preocuparem em escutar os usuários e prestam o cuidado, por exemplo, ao procurarem entender as necessidades de saúde dos usuários e famílias. Além disso, na maioria das vezes, eles se veem como o primeiro contato destes com o sistema de saúde. Logo, passam a orientar os usuários e, de certa forma, caminham junto com estes na busca de atendimento, tentando promover um cuidado resolutivo.

Consideramos que os ACSs ao mencionarem que estão continuamente em contato com os usuários, sempre preocupados com estes e buscando responder as suas necessidades, contribuem para a formulação e ação do que Ayres, J. R. (2001) nomeia projeto de felicidade<sup>8</sup> (de saúde) de cada usuário, deixando marcados os seus modos de cuidado.

Corroborando com nossos achados, Silva e Dalmaso (2002a, p. 51) já pontuam que os ACSs de certa forma promovem a “capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, além de proporcionar a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde locais”.

---

<sup>8</sup> Sobre isso, ver o capítulo: A diversidade de concepções sobre cuidado em saúde.

Claro que os Agentes Comunitários de Saúde reconhecem que cuidam dos usuários e das famílias, percepção essa que destacamos como positiva, haja vista que o trabalhador ACS foi criado pelo e para o SUS, como afirmam Morosini; Nunes (*apud* MATHIAS, 2008, p.24). Esse reconhecimento de ACS que também cuida já representa uma significativa mudança para a realização de um cuidado integral na ESF, em que o predomínio do modelo de saúde biomédico ainda se faz presente.

Todavia, assinalamos que os dados ACSs revelam os seus modos de cuidar, ainda de certa forma aprisionados/amarrados ao modelo biomédico, uma vez que identificar as necessidades de saúde-doença, escutar os usuários, realizar VD para detectar os primeiros sinais e prevenir doenças, apesar de serem atividades essenciais em seus cotidianos de trabalho, acabam reproduzindo, sim, o modelo de saúde ainda centrado na doença. Fato que nos revela uma querela ainda presente, pois a ESF foi criada a fim de contribuir para a reorientação do modelo de atenção vigente focado no saber biomédico. Todavia, percebemos que os ideais e tarefas do modelo antigo ainda atravessam as ações e sentidos do trabalho realizado na saúde da família.

Aqui trazemos um relato, em que o envolvimento, o vínculo, o gostar e o querer permitem aos ACSs prestarem o cuidado na ESF, assim apreendemos que a proximidade com os usuários alarga as possibilidades de modos de cuidado dos ACSs.

“[...] A gente trabalha o tempo todo, até sábado, domingo. Os usuários não sabem diferenciar isso, e eu também não sei dizer olha só eu não estou com a blusa do trabalho, e está dando para levar. É porque a gente gosta do que faz, então a gente não se importa de parar e dar atenção, de se preocupar com o outro, a gente cuida então o tempo todo, todos os dias” (ACS Maria II).

A ACS Maria II nos revela que cuida o tempo todo por ser moradora do território em que atua como Agente Comunitária de Saúde. Destarte, mesmo sem seu uniforme identificador de ACS, ou seja, fora do seu horário e até em finais de semana, continua exercendo seu papel de ACS. Claro, diz ela, “*é cansativo e às vezes, até uma sensação de incomodo pode aparecer*”, mas apesar dessa clara procura dos usuários e do gostar de ser ACS, as sensações pinceladas acima vão ficando em segundo plano, afinal ela ressalta que gosta do que faz, gosta de ser ACS.

No encontro com o usuário e suas necessidades de saúde, o ACS estabelece também um modo de cuidar, uma vez que, como afirma Waldow (2008, p. 89-90), “ no encontro humano, entre ser cuidado e cuidador, a “ preocupação com” é o cuidado. Cuidar é um compromisso, é ajudar os outros a ser e crescer promovendo sua integridade e unidade, mantendo sua dignidade, sua singularidade”.

Mesmo em outros contextos, horários formais e informais, percebemos que o encontro de cuidado acontece, o que nos fez perceber, comprovar e defender a importância da atuação do ACS na ESF.

Todavia, podemos pontuar outra peculiaridade desse relato o de questionar a não naturalização da realização do trabalho dos ACSs, que não deve ir além da sua carga horária de 40 horas semanais, normativa que está presente na Lei n. 12.994 (BRASIL, 2014), uma vez que a proximidade, o residir e o atuar no mesmo território de vida e de trabalho não devem ser confundidos pelos usuários, demais profissionais da ESF e pelos três níveis de gestão em saúde (municipal, estatal e federal) como um processo/uma consequência natural, esperada e orgânica da dinâmica do trabalho. Deixamos claro que não nos contrapomos a um dos requisitos normatizados pela Lei n. 11.350 (BRASIL, 2006a), do ACS ter que ser morador do território de atuação, apenas assinalamos que essa característica não deve extrapolar a carga horária instituída para o trabalhador de saúde ACS.

Assinalamos também a tentativa de construir a cada novo dia de trabalho na ESF a saúde no coletivo; para tal feitura, indicamos as inter-relações entre ACS, equipe e usuários.

As ACSs Maria(s) V e III mencionam que estão mais próximas dos usuários e que são, na maioria das vezes, o primeiro contato dos usuários com o serviço de saúde e conhecem o cotidiano de vida, de necessidades, as inter-relações das famílias. Nesse sentido, nos relatam que conhecem, conversam, escutam os usuários e suas famílias, e inclusive notificam as doenças, quando é preciso. Nos revelam ainda como constroem vínculo com os usuários, o que fortalece a adesão ao tratamento.

“Um cuidado até mais próximo com o paciente, porque os outros profissionais aqui atendem, mas, tem assim uma coisa mais superficial, já a gente conhece o pessoal da pessoa, a gente tem uma intimidade maior, a gente conversa aqui na unidade, quando vai fazer uma visita domiciliar, daí a gente acaba criando um vínculo” (ACS Maria V).

“A gente precisa do médico, do enfermeiro, do técnico e do auxiliar de enfermagem, mas a gente que escuta primeiro, a gente que conversa primeiro, a gente que notifica primeiro. Mas, um estar junto do outro, um estar ligado ao outro, para fazermos um trabalho em equipe” (ACS Maria III).

Na ESF, ao realizar uma visita domiciliária, ao caminhar pelo território de atuação, ao fazer uma atividade de educação em saúde extramuros, os Agentes Comunitários de Saúde acabam estabelecendo uma relação de confiança e afetividade. O diálogo entre os ACSs e os usuários é basilar para o cuidado ser efetivado. Como Lacerda (2010, p.46) nos revela, a seguir: “A compreensão do trabalho do ACS implica em considerar a dimensão relacional com as diversas trocas de afeto, de informação, de saberes, de poder, de dominação, entre outros valores simbólicos, que se processam nas interações sociais com os usuários e no interior da equipe”.

Em relação às atividades de cuidado que assinalamos como coletivas, os Agentes Comunitários de Saúde nos revelam que consideram sua participação em grupos de educação em saúde na unidade e extramuros e nas campanhas de saúde como formas de cuidado com os usuários. É notório, ainda, que as palavras e as ações de prevenção e de promoção estão presentes em seus depoimentos.

“É no acompanhamento das gestantes, dos hipertensos, dos diabéticos...da saúde das crianças, ao realizarmos o DOTS...” (ACS Maria IV).

“Grupo de tabagismo acaba também prevenindo várias doenças, como os males do cigarro. E esse é o objetivo da atenção básica a prevenção da saúde, a gente também trabalhou em campanhas de prevenção de HIV e de sífilis, fazendo o teste rápido e as orientações em saúde” (ACS Maria V).

“Já tiveram outros grupos também, aqui na ESF como de diabetes, de hipertensos, de gestantes, agora mais recente vêm acontecendo o de tabagismo. Já teve pessoas, por exemplo, meus cadastrados, que começaram nesse grupo, e já pararam de fumar nesses dois meses. Esse trabalho está sendo feito aqui por um ACS, juntamente com uma enfermeira. Ah, também têm o outubro rosa, e no novembro azul em que realizamos atividades de promoção da saúde” (ACS Maria III).

Quanto às atividades realizadas, tanto individuais quanto coletivas, os Agentes Comunitários de Saúde assinalam que realizam seus modos de cuidar ao acompanharem todo o ciclo de vida dos usuários, ou seja, dos seus cadastrados na ESF e através da práxis de grupos em educação em saúde. Apreendemos os grupos de educação em saúde como uma atividade pertinente e multiprofissional que deve ser exercitada, multiplicada e vivenciada

pelos profissionais de saúde da família, em destaque pelos ACSs. Pelos relatos das Agentes Comunitárias de Saúde, verificamos que as duas equipes de saúde da família detêm essa prática já instituída, no entanto percebe-se que os eixos temáticos desenvolvidos ainda reiteram as ‘caixinhas norteadoras’ dos Programas de saúde, em que os enunciados das seguintes doenças são abordados: hipertensão, diabetes, tuberculose etc., por vezes, somente a doença ainda se faz presente nos temas, nos grupos, na prioridade do atendimento. Enfatizamos que a realização das atividades em saúde da família pode sim ter como temática as doenças, mas não deve ser respaldada apenas com esses eixos norteadores ou, ainda, unicamente com os mesmos.

Como ferramentas/instrumentos de trabalho para realizarem os seus modos de cuidado, as ACSs Maria(s) apontam tecnologias leves, tais como o ouvido para realizar uma escuta ativa, a boca para se promover um diálogo para fins de orientações em saúde e de certa forma os seguintes recursos físicos: fichas de cadastro, lápis, borracha.

Merhy (1997, grifo nosso) define as tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), as tecnologias leve - duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) como importantes para o cuidado ao usuário. E nos diz que um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve - duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado.

As Agentes Comunitárias de Saúde reconhecem e utilizam as tecnologias leves em seus cotidianos de trabalho e sinalizam como necessárias para a realização de suas atribuições, tais como cadastramento e registros de outras atividades. Notamos também que as ACSs não depõem sobre ferramentas/instrumentos ligadas a procedimentos técnicos, como os utilizados para “*verificar a pressão ou o peso*”, fato esse que assinalamos como profícuo, na medida em que utilizam as tecnologias cabíveis ao contexto de suas atribuições.

“É o nosso ouvido e a boca, para levar informações. Porque outro instrumento físico, como para verificar pressão, balança, a gente não utiliza. A gente só trabalha com cadastro, papel e caneta para anotar informações” (ACS Maria II).

“Agora a gente tem o e-SUS e cadastra todas as pessoas da família de forma manual, em uma ficha com um monte de perguntas. Levamos também prancheta, lápis, caneta e borracha na nossa mochila. A gente já utilizou as Fichas, A, B, de gestante, mas, não é mais essa, agora é uma ficha de acordo com o cartão do SUS, que o cadastrado agora é identificado [...]. A gente dá uma prioridade há alguns atendimentos, como aos hipertensos, as gestantes, mas se na família, todos são hipertensos, como fazer?” (ACS Maria IV).

Reafirmamos com os depoimentos já mencionados que as Agentes Comunitárias de Saúde, em seus respectivos cotidianos de trabalho, utilizam tecnologias leves e o quanto isso é importante para o manejo do trabalho em equipe, uma vez que vários olhares, registros, anotações, conversações, discussões de casos, entre os diferentes profissionais da ESF, contribuem para a realização do cuidado dos usuários e de suas famílias.

Outro ponto que nos chama atenção e logo se perfaz digno de nota refere-se à dinâmica de trabalho das duas equipes de saúde da família em que os ACSs pesquisados são atuantes. Isso porque diante de todo um contexto de fragilidades de recursos físicos, humanos e políticos, deparamo-nos com o comprometimento das equipes e a corrente participação de todos os profissionais para a realização dos grupos de educação em saúde para o acompanhamento da saúde dos usuários, ou seja, para a manutenção das atividades na dada unidade de saúde. As atividades da saúde da família não foram estagnadas, ainda que com muitos limites, permanecem funcionais. Nesse sentido, podemos inferir que as portas da ESF ainda não se fecharam, e um dos motivos aparentes/visíveis relaciona-se ao fato do envolvimento/comprometimento de todos os profissionais ali atuantes. Esse apoio mútuo, vínculo forte, é apresentado nas falas das ACSs:

“Eu acho que o Agente Comunitário de Saúde, é acolhedor, porque está mais próximo das pessoas [...]. Mas, eu acho que um profissional depende do outro, e todos formam uma equipe para realizar o trabalho aqui no posto de saúde” (ACS Maria III).

“Ser Agente Comunitário de Saúde, não é difícil, primeiramente você tem que gostar, gostar de cuidar [...] E a gente está ali para cuidar, o que você não sabe, o que você não consegue, você tem o suporte dos profissionais daqui, que é a técnica de enfermagem, a enfermeira, e o médico, juntos formamos uma equipe” (ACS Maria II).

Apenas alguns vestígios de multiprofissionalidade identificamos com o dado estudo, mas claro que um passo de cada vez, ou melhor, a multiprofissionalidade e as bandeiras da interdisciplinaridade, como também da intersetorialidade, devem sempre ser defendidas, despertadas. Relembrando Ayres, J.R. (2004, p. 84), o mesmo menciona que devemos valorizar a pluralidade dialógica, e a defesa das bandeiras tanto da interdisciplinaridade quanto da intersetorialidade deve sempre se fazer presente no cotidiano do trabalho e do cuidado.

Em nenhum momento, seja na realização do grupo focal, seja depois das transcrições dos depoimentos e arranjos para a feitura de nossas análises, é percebido a discussão da intersectorialidade pelos Agentes Comunitários de Saúde participantes do dado estudo. Frisamos a intersectorialidade, pois compreendemos a importância da multiprofissionalidade, da interdisciplinaridade e da intersectorialidade para a realização do cuidado em saúde da família, uma vez que promover ações de saúde, de bem-estar, de questionamentos e engajamentos de saúde, políticos etc. devem ser realizados muito além da unidade de saúde e com outros usuários, profissionais de saúde, e também de outras áreas. Ações multidisciplinares, interdisciplinares e intersectoriais se fazem necessárias para a reorientação do modelo de saúde.

#### 4.2.2 Segunda Categoria - Descontinuidade e fragilidade do processo de capacitação para o cuidado

Como apontamos anteriormente, Boff (1999) e Waldow (2008) predizem que o ser humano é um ser de cuidado, ou seja, cuidar é ontológico. Os ACSs, da mesma forma, nos relataram que aprenderam a cuidar a partir de um saber já próprio, mas apontam também a importância de capacitações e de cursos que realizam. Eles expressam claramente seu interesse em se qualificar e, ainda, nos encabulam ao relatarem que o Curso Introdutório ofertado ao ingressarem no serviço não ensina a cuidar, ensina apenas a manusear instrumentos burocráticos. Destacam que o cuidado também se aprende no cotidiano de trabalho, tentando, por outro lado, amenizar esta situação. Por seguinte, algumas falas:

“A Prefeitura fornece os cursos de capacitação. Para cuidar de uma pessoa com tuberculose, com DST e tal, mas o dia a dia é muito importante, a gente vai aprendendo, um com o outro [...]. A gente quer cuidar tanto daquilo, que a gente traz até para a gente o problema da pessoa. A gente tem os cursos, tem tudo, mas o dia a dia é o principal do cuidado” (ACS Maria III).

“Acho que cuidar é uma coisa que já vem de casa, a gente cuida da nossa família, cuida dos nossos amigos, mas a gente tem que aprender a aplicar no nosso trabalho. Lá nos cursos de capacitação a gente vê a forma técnica, também ajuda. Mas, a forma principal, é no dia a dia [...]. A gente teve esse curso de capacitação de 40 horas semanais. Eles não ensinam a gente cuidar, eles ensinam mais as fichas. E teve colegas, que não realizaram esse curso, não ” (ACS João I).

Ainda nesta segunda categoria, colocamos em tela as capacitações ofertadas aos ACSs pelos gestores municipais. É notório no conjunto de depoimentos uma miscelânea de vivências, como destacaram os ACSs com mais tempo de atuação. Estes ressaltaram que realizaram o primeiro módulo do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, além do Curso Introdutório. Todos ofertados pela instância municipal. Também disseram das frequentes capacitações. Já os Agentes Comunitários de Saúde mais novos, com cerca de dois a três anos de atuação, disseram que participaram do Curso Introdutório e de poucas capacitações. E há ainda os que não participaram do Curso Introdutório, como está preconizado para todo profissional atuante na ESF (BRASIL, 2000). Vejamos os relatos:

“A gente, fez esse curso de 400 horas, só um módulo, em Itaboraí mesmo. Foi proveitoso, só que assim, não teve a continuidade” (ACS Maria IV).

“Aprendemos bastante coisa, que na realidade aqui não funcionou, teve o mapeamento, um monte de coisa, o quê, que adianta a gente aprender um monte de coisa como tem que ser feito e na prática não funcionar a gente tem o certificado e tudo, mas, eu acho que deveria ter continuidade do curso para dar oportunidade para a gente crescer, aprender mais e não parar por ali [...]. Gostaria de ser reconhecida como técnico de ACS. Eu gostaria, pois tenho 13 anos de serviço, mas eu faria, pois isso seria um reconhecimento, eu teria um certificado, eu aprenderia mais, e teria mais autonomia para fazer algo” (ACS Maria II).

Um desafio, ainda vigente, se refere à tendência de a gestão não querer garantir uma formação formal aos ACSs. Há um entendimento por alguns e outros que não precisamos de profissionais reflexivos, apenas operantes na saúde da família, tendência que se reflete também no cotidiano de trabalho dos ACSs. Logo, muitas vezes, o cuidado resolutivo e integral, por vezes, não acontece.

Destarte, Lopes; Durão; Carvalho (2011, p.204) mencionam que “[...] discursos contra a formação temem que uma maior conscientização dos ACSs os leve a questionar as políticas em curso, pois, mesmo com dificuldades, vêm tentando se articular em um movimento mais orgânico, lutando contra uma tendência das políticas de encapsulá-los no local de moradia e no cotidiano do trabalho”.

Os Agentes Comunitários de Saúde nos trazem em seus discursos a realidade de uma qualificação ainda frágil, aligeirada. Defendemos uma formação qualificada para os ACSs. Formação em que reflexões, questionamentos, mudanças, vivências, casos e tantos outros

encabulamentos advindos dos processos de trabalho possam se fazer presentes para que o cuidado prestado pelos ACSs seja cada vez mais reflexivo, e não apenas operacional.

Outro item que nos encabula é que diante dos aprendizados mencionados, em relação ao cuidado, os ACSs apontam que aprendem a cuidar a cada novo dia em seus cotidianos de trabalho e de vida. Inferimos que diante deste contexto estejam se reportando também aos saberes populares. Expressam os saberes populares de forma velada, já o conhecimento técnico/científico é mais expressivo/evidenciado.

Vale ressaltar que o próprio surgimento da profissão, das primeiras práticas de saúde, e do cuidado realizado tem como pilar o saber popular, presente em toda historicidade da profissão de Agente Comunitário de Saúde, todavia não foi desvelado consubstancialmente pelos ACSs no dado estudo.

Diante desse compilado de afetações, que envolve a formação qualificada dos ACSs, novamente iluminamos com as concepções, depoimentos e reflexões que é urgente a formação técnica dos ACSs (direito desses trabalhadores) e que a mesma possa e deva se fazer presente, contribuindo para o exercício de um trabalho, ou melhor, para a construção do cuidado com qualidade.

Para consubstanciar nossa militância a favor de uma formação com qualidade, trazemos Morosini; Corbo; Guimarães (2007), que compreendem que a formação técnica dos ACSs por si só não é garantia de que não se incorra em uma formação instrumentalizadora, agora, com o *status* tecnificado. Para evitar isso, é necessário que essa formação técnica parta do entendimento da educação como um conjunto de práticas sociais que se articulam, baseadas nas ciências, constituindo uma formação que, além de técnica, precisa ser ética e política – no sentido de se aproximar da formação humana, uma formação de qualidade para se realizar um cuidado cada vez mais qualitativo.

#### 4.2.3 Terceira Categoria - Facilidades e tensões no processo de cuidar na ESF

Nesta categoria estão agrupadas algumas facilidades e tensões que foram sendo apresentadas, pelos ACSs, ao realizarem o cuidado em saúde da família. Os relatos, em um número maior de tensões, podem ser indicativos de proatividade destes profissionais que estão totalmente envolvidos com as problemáticas que circulam no território em que atuam. E, claro, que mesmo de forma tímida expõem também suas facilidades, por exemplo, compartilhar alegrias com as famílias. Mais uma vez, aclaramos que as tensões aqui reveladas devem ser percebidas a partir do contexto fragilizado (falta de infraestrutura, infelizes condições de trabalho etc.) que a ESF do referente município vivencia. Não é nosso intuito generalizar, embora as fragilidades aqui retratadas possam apresentar semelhanças para com outros ACSs em outras ESF, de outros municípios, estados, regiões do nosso país.

Nesse sentido, sobre as tensões, os ACSs revelam que:

“Tem enfermeiro e os técnicos de enfermagem porque aqui todo mundo é concursado, tem umas unidades por aí, que estão sem médico, sem enfermeiro, porque todo mundo é de contrato, estão sem receber. Aqui a gente tem uma médica, que é contratada, por uma Organização Social de Saúde (OSS). E está a quatro meses sem receber” (ACS Maria III).

“A gente não tem o médico na unidade, a gente não tem esse suporte, está sem luz, está sem água. Nunca vi um posto de saúde com esse matagal todo danado aqui atrás, tem até bicho. A gente não tem material, não recebe filtro - solar, o Sol está aí quarenta e poucos graus aí. E, se a gente precisa estar na rua, tem que comprar o filtro - solar do nosso próprio bolso. Minha área é muito longe, a gente já está acostumado, mas imagina a pessoa, às vezes, vem com criança pequena, e chega no posto e não tem médico, difícil” (ACS João I).

“Minha área é violenta. Esses dias mataram uma senhora de sessenta anos, aqui na frente do posto, foram de seis a oito tiros na boca. Eu fico até com medo, e a gente não tem suporte, área está muito violenta” (ACS Maria VI).

Percebemos a conversação, o diálogo, como instrumentos/ferramentas dos ACSs, ou seja, utilizam tecnologias leves acessíveis, o que é super pertinente. Todavia, pelas circunstâncias já apresentadas, apreendemos que uma das grandes dificuldades encontradas nos dizeres dos ACSs é justamente a falta de recursos, tanto materiais como humanos, como de estrutura e de proteção. Há um desabastecimento considerável.

Lacerda (2010, p. 17-18) menciona que “a composição de equipe de saúde visava ampliar o escopo das ações na reorientação dos fluxos entre os níveis de atenção”. Esforço esse que ainda se faz presente, porém cada vez mais descontínuo, haja vista que pelos depoimentos dos ACSs percebemos que existe uma rede de saúde fragilizada e que não se comunica, gerando outros hiatos na saúde, no cuidado prestado aos usuários e suas famílias. Descontinuidade do cuidado presente no dado município, como mencionada por um ACS, “ *a senhora espera atendimento do especialista há vários meses, anos*”.

Dessa forma, apreendemos que os Agentes Comunitários de Saúde no contexto dos relatos expressam esses problemas com um tom de reclamação, de queixa, o que não deixa de ser um encabulamento, um afetamento, mas que de certa forma fica circunscrito as paredes da unidade de saúde, ou seja, não há exemplos, nem indícios de uma mobilização, de uma discussão política extramuros, ou seja, não há a praxe da participação social.

Ainda nesse sentido, de participação social, Fonseca, Morosini, Mendonça (2013, p.548), indicam que o ACS, trabalhador da Atenção Básica que tem na educação em saúde o principal eixo de seu trabalho pode vir a ser um educador popular, promotor de mudanças, provocador de participação e transformação social [controle social], mas estas são habilidades que precisam ser formadas. Talvez, a falta dessa formação, que já discutimos anteriormente, justifique de certa forma a pouca participação social apreendida neste estudo.

Diante de tantos problemas reais, afirmamos que para se realizar a saúde da família toda a luta, força e militância vêm se fragilizando. Afinal, como realizar um cuidado integral e resolutivo sem recursos básicos, como água e luz, e sem profissionais? Dizemos que é uma luta constante para se recuperar os sentidos do trabalho, mais precisamente para os ACSs readquirirem os sentidos ao se prestar o cuidado.

Outra peculiaridade expressa refere-se ao mapeamento desordenado da área de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, o que os fazem deixar lacunas de cuidado, não dando conta do acompanhamento integral de todos os cadastrados. Deste modo, acaba que as atenções se centram nos grupos prioritários (os que possuem vulnerabilidade social como idosos, gestantes, crianças). E, ainda, revelam com certa indignação o fato de os colocarem com “ *a atribuição de recepcionista*”. Outros também apontam que a ação de Acolhimento é uma atividade que não deveriam realizar. Todavia, pelo contexto e pela demanda dos serviços realizados na ESF, efetuam de forma colaborativa, mas sem uma aceitabilidade plena.

“Essa ficha nova deixa tudo mais complicado, porque a nossa área é mal mapeada. Como a gente vai acompanhar todas as pessoas, mas como? Se a nossa área é uma coisa imensa, como? [...]. E além disso tudo, ainda não é atribuição nossa, ficar na recepção, mas aí a gente ajuda para o trabalho no posto poder andar, porque se não tiver ninguém na recepção não vai ter atendimento” (ACS João I).

É recorrente as práticas de desvio de função destes trabalhadores, sobretudo no sentido de responsabilizá-los pela execução de tarefas conhecidas como burocráticas, ou seja, preenchimento de diferentes fichas, atendimento de telefones, dentre outras. Fenômeno este que deve trazer à tona reflexões sobre a desvalorização do trabalho do ACS. Ainda nesse sentido, o desvio de função denota a compreensão do trabalho do ACS como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redirecionado, segundo as necessidades dos serviços, para atividades que supostamente exigem pouca capacitação (BORNSTEIN, 2007; MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

“Faz isso..., ou aquilo..., recorre ali..., visita acolá..., faz grupo..., já foram realizar busca ativa..., já estão todos cadastrados”..., são palavras que ora pelos ACSs, ora pelos outros profissionais da ESF, ecoam entre um dia e outro no processo de trabalho em saúde da família. Mas, como os autores mencionados acima, percebemos que as atribuições dos ACSs, de base e legalizadas, vão de uma maneira ou de outra sendo solapadas por um turbilhão de tarefas inespecíficas. É preciso, então, se repensar sobre as atribuições específicas de cada profissional, bem como sobre aquelas coletivas a serem realizadas nos cenários de ESF.

E sobre as facilidades:

“E facilidade, é que a gente tem o suporte da equipe, para mim esse é o único ponto positivo” (ACS João I).

“Uma coisa boa, na minha área é que eu ganho um monte de coisa, ganho jaca e tal, pois a minha área é mais rural, já a deles a gente brinca que é zona sul. Quando as pessoas conseguem alguma consulta, algum remédio, eles nos presenteiam, não que a gente faça isso para receber presente” (ACS Maria III).

Dentre tantos percalços, contratempos e dificuldades, os Agentes Comunitários de Saúde, uma vez perguntados sobre as fortalezas/facilidades que encontram ao atuarem na saúde da família, identificam o “*suporte da equipe*” e os “*presentes dos usuários*” como facilidades. Nesse contexto, ao ampliarmos nossos olhares sobre os exemplos reportados

pelos ACSs, identificamos além de facilidades indicadas, o vínculo presente e pulsante ora com os profissionais, ora com os usuários.

Entre um afetamento e outro, entre uma vista aqui e outra acolá, entre a falta de água aqui e acolá, entre um presente aqui e ali, entre um papel e um cadastro, entre um grupo e uma campanha, entre uma capacitação e um tom burocrático, atravessamentos do modelo biomédico ainda se fazem presentes. Todavia, gostar de ser ACS, atuar somente como ACS, cuidar como ACS são itens que identificamos como pertinentes e de militância pelo SUS, pela ESF.

## V CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nossas ponderações finais, mencionamos que após essa tessitura de escritos, reflexões e tantos outros encabulamentos, fica a certeza de que os Agentes Comunitários de Saúde, participantes do dado estudo, cuidam. Claro que nossa intenção não é generalizar ou esgotar nossa temática basilar sobre os modos de cuidado dos ACSs e ainda lembramos que revelamos e refletimos sobre algumas questões, mas com a premissa de que outras indagações e interpretações podem surgir e precisam ser posteriormente adensadas, ou melhor, aprofundadas. Ficamos na torcida/expectativa.

Novamente mencionamos que o nosso intento foi de utilizar a expressão modos de cuidar como uma outra forma de se pensar sobre o cuidado, ou melhor, sobre o cuidado que o ACS aprende – realiza – reflete, em seu cotidiano de trabalho na saúde da família.

Com a implementação do PSF (atualmente nomeado de ESF), vários lugares, territórios, pedacinhos de chão em nosso país, em que haviam determinados ‘vazios de assistência à saúde’, puderam ser preenchidos com um novo modelo de atenção à saúde, o que mencionamos como uma grande vitória do SUS e dos brasileiros. Todavia, cultivar no dia a dia de trabalho da saúde da família o cuidado integral, multidisciplinar, intersetorial e resolutivo, ainda se caracteriza como um desafio inerente, haja vista que muitas dificuldades ainda são vivenciadas, tais como a centralidade do modelo biomédico, a falta de inúmeros recursos, a permanência de uma rede de saúde frágil e da não formação e/ou qualificação dos variados profissionais de saúde.

Nesse sentido, através de nossa análise, discussões e afetamentos, foi possível identificar alguns dos modos de cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde atores-chaves do dado estudo, no qual revelou-se um relicário de possibilidades. Na Primeira Categoria - A singularidade de percepções sobre os modos de cuidado, notamos que os ACSs afirmam que cuidam, quando promovem orientações em saúde, escutam as necessidades de saúde e de doenças, conversam, proporcionando voz aos usuários. Além disso, manifestam outros exemplos, em que percebemos a premissa de vínculo com os usuários e um bom relacionamento tanto com os seus cadastrados quanto para com suas respectivas equipes de atuação. Em meio a inúmeros desafios, no cotidiano de trabalho na dada unidade de saúde,

salientamos a tentativa da construção da saúde no coletivo pelos ACSs, equipes e usuários. Para isso, o apoio dos demais profissionais de saúde ali atuantes, revelado pelos ACSs, é fundamental.

Na Segunda Categoria - Descontinuidade e fragilidade do processo de capacitação para o cuidado, os ACSs mencionam que participam rotineiramente de cursos de capacitação. Apontamos essa participação como necessária, tanto para os ACSs, como também para os demais integrantes na ESF, todavia a capacitação pontual e, na maioria das vezes, aligeirada ainda é pouco, o que nos demonstra ainda um frágil investimento de uma formação qualificada para os Agentes Comunitários de Saúde, no dado município, aliás em todo país. Mais uma vez, assinalamos que a formação técnica dos ACSs é urgente. Ainda nesse sentido, os ACSs não depõem diretamente sobre os saberes populares, fato que visualizamos como uma expressiva lacuna, haja vista que os saberes populares são construídos com o tempo e são tão importantes quanto os saberes técnicos para a realização do cuidado. Entretanto, de maneira velada, percebemos os saberes populares.

Assim, os ACSs com os seus saberes populares constituídos timidamente com o tempo e com os saberes técnicos apreendidos no cotidiano de trabalho/de qualificação cultivam com os seus sentimentos (compaixão, coragem etc.) e com o do outro um cuidado em cada território/em cada rua/em cada casa, partilhando, desta forma, na maioria das vezes, trocas vivas com os usuários e famílias, ao praticarem os seus modos de cuidado em cada encontro de cuidado.

E na Terceira Categoria - Facilidades e tensões no processo de cuidar na ESF, os Agentes Comunitários de Saúde dizem que o maior tensionamento para eles e, aliás, para os demais profissionais de saúde ali atuantes, refere-se à falta de recursos humanos e físicos. Apontamento esse que é visível e latente, na medida em que recursos essenciais, como água, luz e outros materiais inerentes para a realização do cuidado na ESF, não se fazem presentes. Revelamos que o número de tensionamentos supera e muito as facilidades que foram retratadas através dos presentes que recebem dos usuários e do bom relacionamento para com as equipes, o que denotamos como vínculos.

Quando os ACSs, através de seus relatos, nos demonstram essas reclamações, apreendemo-los como queixosos, no entanto a participação social ainda é minimamente percebida. Queremos reafirmar que os tensionamentos revelados devem ser interpretados não

como reclamações sem sentidos/fundamentos, mas, sim, como um direito dos trabalhadores ACSs, que de forma acanhada realizam alguns questionamentos através de suas falas no corrente estudo. E frisamos que são itens que o Estado deve garantir, ou seja, é dever também do Estado.

Claro que também outros desafios são reais, como a falta de tempo, muitas tarefas ao acaso, as cobranças das metas a serem atingidas, a insatisfação de alguns usuários e, por vezes esbarram ainda com a violência no território de atuação, dentre outros limites. Todavia, não podemos esquecer as fortalezas, que também são cultivadas em seu dia a dia de trabalho e de cuidado, como um agradecimento afetuoso de um usuário. Além dessas fragilidades e de tantas outras fortalezas que são vivenciadas no cotidiano de vida e de trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde, pontuamos a importância de se falar, escutar e tentar compreender os olhares dos ACSs sobre suas ações, que legalmente vêm ganhando tons burocráticos e, por vezes, ampliados por demais. Assim, para se realizar o trabalho em saúde da família, com qualidade, dignidade e respeito aos usuários e suas famílias, a luta não pode parar, a Reforma Sanitária ainda se faz presente, ou melhor, o SUS está ainda em construção. E na saúde da família, mesmo os ACSs ainda amarrados pelos conceitos e práticas em que a doença é o ponto central e diante de tantas outras problemáticas, os dados ACSs vão realizando os seus modos de cuidado de um jeitinho ou de outro.

É válido dizer que nossa análise não consistiu em apontar erros e/ou acertos, apenas tateamos nos dizeres e nos fragmentos dos ACSs algumas reflexões que nos encabularam e afetaram nossas discussões. Outros estudos, interpretações e percepções sobre os modos de cuidado dos ACSs e dos demais profissionais da saúde da família devem ser realizados para que a ESF realmente aconteça para que mudanças ocorram e o nosso modelo de atenção à saúde seja efetivamente reorientado.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, Sônia. **Novos olhares sobre a saúde: sentidos e práticas populares**. 2003. 147 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2003.
- ANÉAS, Tatiana de Vasconcellos; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.15, n.38, p.651-62, jul. /set. 2011. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300003)>. Acesso em: 01 dez. 2015.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde, **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.14, p.73-92, 2004. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 01 dez. 2015.
- \_\_\_\_\_. José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.63-72, 2001. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7025.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2015.
- AYRES, Lílian Fernandes Arial. **As enfermeiras visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira e do Departamento Nacional de Saúde Pública no início do século XX**. 2010. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.
- BARCELOS, Luisa Maria Silva de; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Atenção e presença física: dimensões expressivas e a prática dialógica do cuidado de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.1, p.25-9, 2006. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100005)>. Acesso em: 05 dez. 2015.
- BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Revista Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out. /mar. 2005. Disponível em:< <http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/view/6/11>>. Acesso em: 03 out. 2014.
- \_\_\_\_\_. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BORNSTEIN, Vera Joana. **O Agente Comunitário de Saúde na mediação de saberes**. 2007. 232 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2007.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Art.196. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 14 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.507**, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002a. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10507.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm)>. Acesso em: 14 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 11.350**, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5 do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006a. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11350.htm)>. Acesso em: 13 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 12.994**, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 2014. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/112994.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112994.htm)>. Acesso em: 30 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT)**. Eixo Tecnológico: ambiente e saúde. Técnico em Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 2009c. Disponível em: <[http://pronatec.mec.gov.br/cnct/et\\_ambiente\\_saude\\_seguranca/t\\_agente\\_comunitario\\_de\\_saude.php](http://pronatec.mec.gov.br/cnct/et_ambiente_saude_seguranca/t_agente_comunitario_de_saude.php)>. Acesso em: 01 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 01 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. **A saúde em nossas mãos** (Folder ilustrativo). Brasília: Ministério da Saúde, [1991? ]. Disponível em:< <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006003110.pdf>>. Acesso em: 31 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde**: área profissional saúde Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2004. p. 64. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial\\_curricular\\_acs2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_curricular_acs2.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 260 p. Disponível em:< [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia\\_acs.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, [2015? ]. Disponível em :<

[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 19 abril 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 84 p. Disponível em:< [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf) >. Acesso em: 19 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 59 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf) >. Acesso em: 14 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 108 p. Disponível em:< <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 14 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Cadernos 2: Treinamento Introdutório** /Milton Menezes da Costa Neto, Org. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 16. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad02\\_treinamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad02_treinamento.pdf)>. Acesso em: 01 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 1.886**, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, 1997. Disponível em:<[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21\\_Portaria\\_1886\\_de\\_18\\_12\\_1997.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006c. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html)>. Acesso em: 05 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 2488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 05 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 44**, de 03 de janeiro de 2002. Define as atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS – na prevenção e no controle da malária e da dengue. Brasília, 2002b. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0044\\_03\\_01\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0044_03_01_2002.html)>. Acesso em: 01 dez. 2015.

COLLIÈRE, Marie – Françoise. **Cuidar...: a primeira arte da vida**. 2. ed., Paris: Lusociência, 2003.

CÔRREA, Carlos; PFEIFFER, Cláudia Castellanos; LORA, Adriano Peres. O Agente Comunitário De Saúde – Uma História Analisada. **Revista Rua**. Campinas, v.16, n.1, p.173-192, jun. 2010. Disponível em:<<http://www.labeurb.unicamp.br/rua/pages/pdf/16-1/8-16-1.pdf>>. Acesso em: 25 jul.2015.

DAHER, Donizete Vago; SANTO, Fátima Helena do Espírito; ESCUDEIRO, Cristina Lavoyer. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.10, n.2, p.145-150, mar. /abr. 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10507.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. **Religiosidade e cotidiano das Agentes Comunitárias de Saúde: repensando a educação em saúde junto às classes populares**. 2001. 320 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.2001.

DURÃO, Anna Violeta. et al. Qualificação e Gênero no Trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde. In.: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso, et al (Org.). **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2013.446 p.

DYNIEWICZ, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**.3 ed. rev. e ampl. São Caetano do Sul, S.P: Difusora Editora, 2014.

EPSJV. Observatório dos Técnicos em Saúde. Qualificação e gênero no trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde. [Apresentação dos resultados]. In: **Seminário Trabalhadores Técnicos em Saúde: aspectos da Qualificação Profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2013. Disponível em: <<http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Trabalhador&Num=16>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

FARIA, Lina. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. **Revista Cadernos Pagu**, Campinas, n.27, p.173-212, jul./dez. 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n27/32142.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n. 3, p. 899-915, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/08.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

FONSECA, Angélica Ferreira. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde**. 2013. 233 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2013.

\_\_\_\_\_; MOROSINI Márcia Valéria Guimarães Cardoso; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3,

p.525-552, set. /dez. 2013. Disponível em:<  
<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n3/v11n3a05.pdf>>. Acesso em: 15 fev.2015.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em:  
 <[http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang="](http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=)>. Acesso em: 25 abril 2015.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves. **As práticas de saúde do enfermeiro e do Agente Comunitário de Saúde na visita domiciliar da Estratégia de Saúde da Família**. 2011. 94f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.2011.

LACERDA, Alda. **Redes de apoio social no sistema da dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. 2010. 201 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2010.

LOPES, Marcia Raposo; DURÃO, Anna Violeta; CARVALHO, Valéria. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos Agentes Comunitários de Saúde. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Marcia Raposo (Org.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011.210 p.

MARIN, Fernando; GIORDANI, Annecy Tojeiro. Enfermagem: aspectos históricos, valorização e humanização do cuidado. 2009. In: Semana Nacional de Ciência e Tecnologia, Fórum Científico FEMA, 2., 2009. São Paulo. **Anais...** São Paulo: FEMA, 2009. 157 p. Disponível em:  
 <[http://fema.edu.br/forumcientifico/files/revistas/caderno\\_resumos\\_2009.pdf](http://fema.edu.br/forumcientifico/files/revistas/caderno_resumos_2009.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2015.

MATHIAS, Maíra. ACS: um trabalhador inventado pelo SUS. **Revista Poli - Saúde, Educação e Trabalho**, Rio de Janeiro, n.1, p.24, set./out. 2008. Disponível em:  
 <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/EdicoesRevistaPoli/R1.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

MATUMOTO, Silvia. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. Ribeirão Preto, 1998. 226 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1998.

MENDES, Eugenio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 1, p. 71-112.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. **A política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005**. 2009. 222f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009.

\_\_\_\_\_. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2010.

\_\_\_\_\_; CORBO, Anamaria D´Andrea; GUIMARÃES, Cátia. O Agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.212 p.

MOYSÉS, Samuel Jorge. A saúde da família no Brasil e seus agentes, In: MIALHE, Fábio Luiz. **O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas.** Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.150 p.

OLIVEIRA, Monalisa Garcia de et al. O doente em tratamento de tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro: participação da família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** Florianópolis, v. 6, n.18, p.40-45, jan. /mar. 2011. Disponível em:<<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/117>>. Acesso em: 25 abril 2015.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública.** São Paulo, v.35, n. 1, p.103-9, 2001. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 25 out. 2015.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2. ed., Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2008. 478 p. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 12 out. 2014.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAMOS, Tereza. **Tereza Ramos.** Entrevista concedida a Revista Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, v. 5, n.2, p.329-337, jul. 2007.

ROZA, Juliana. **Práticas de saúde de Agentes Comunitários no Médio Paraíba/RJ: do institucionalizado à realidade.** 2015.134 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.2015.

SAKATA, Karen Namie, MISHIMA, Silvana Martins. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v.46, n.3, p.665-72, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/19.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

SILVA, Joana Azevedo da. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

\_\_\_\_\_; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente Comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002a. 240 p.

\_\_\_\_\_. **Agente Comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 240 p.

\_\_\_\_\_. O Agente Comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo, v.6, n.10, p.75-83, 2002b. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180114097007.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

SOUZA, Maria Fátima de. **A Cor-Agem do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2001.

\_\_\_\_\_. **Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo.** 2. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2003.

STOTZ, Eduardo Navarro; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; BORNSTEIN, Vera Joana. O Agente Comunitário de Saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Revista APS.** Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 487-497, out. /dez. 2009. Disponível em:< <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/357203>>. Acesso em: 02 jan. 2016.

TEIXEIRA, Carla Costa. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 965-974, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/18.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

WALDOW, Vera Regina. Atualização do Cuidar. **Revista Aquichán.** Colômbia, v. 8, n. 1, p. 85-96, abr. 2008. Disponível em:< [file:///C:/Documents%20and%20Settings/pc%20pc/Meus%20documentos/Downloads/Dialnet-AtualizacaoDoCuidar-2670484%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/pc%20pc/Meus%20documentos/Downloads/Dialnet-AtualizacaoDoCuidar-2670484%20(1).pdf)>. Acesso em: 03 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v.19, n.1, p.20-32, jan.1998. Disponível em:< [file:///C:/Documents%20and%20Settings/pc%20pc/Meus%20documentos/Downloads/4170-13621-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/pc%20pc/Meus%20documentos/Downloads/4170-13621-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 03 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **O cuidado em saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos.** Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; CHIESA, Anna Maria. O cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli (Org.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem.** São Paulo: Manole, 2013, p. 244-264.

**LISTA DE APÊNDICES**

## APÊNDICE A– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
Curso de Mestrado em Educação Profissional em Saúde

Dados de identificação:

Título do Projeto: O Agente Comunitário de Saúde (ACS) como construtor de modos de cuidado em saúde.  
Pesquisadora: Andressa Ambrosino Pinto. E-mail: andressaambrosino@hotmail.com. Tel.: (27)99931-4200.  
Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz. Endereço: Av. Brasil – 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ-CEP: 21040-360 – Tel.: (21)3865-9797.

O Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa O Agente Comunitário de Saúde (ACS) como construtor de modos de cuidado em saúde de responsabilidade da pesquisadora Andressa Ambrosino Pinto que possui os seguintes objetivos: analisar os modos de cuidado presentes no trabalho cotidiano dos ACSs; identificar os modos de cuidado presentes no cotidiano de trabalho dos ACSs; compreender como os ACSs percebem os modos de cuidado; e problematizar os modos de cuidado dos ACSs. Justifica-se este estudo pelo fato de possibilitar conhecer os modos de cuidado dos ACSs nos cenários de Atenção Básica. Ao final, busca-se perceber e divulgar a importância desse ator-social para a construção de um cuidado vivo, presente nos reais territórios deste país. Os dados serão coletados através da realização de Grupo Focal. Os resultados serão tornados públicos em trabalhos e/ou revistas científicas. Em nenhum momento esta pesquisa trará risco à sua saúde. O Sr.(a) terá o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento deixando de participar do estudo, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Este documento será elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo representante legal do sujeito da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro possuir conhecimento dos objetivos dessa pesquisa, dos benefícios que possam ser obtidos com a realização da mesma, da liberdade de retirar o meu consentimento em qualquer momento e deixar de participar do estudo; que se manterá o sigilo das informações relacionadas à minha participação. Concordo com minha participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Itaboraí, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Itaboraí, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Entrevistado) RG n°:

(Pesquisadora) RG n°: 2.079.085.

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO: Perfil dos Agentes  
Comunitários de Saúde (ACSs)**



Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
Curso de Mestrado em Educação Profissional em Saúde

**Perfil dos ACSs**

Idade:

Sexo:

Tem filho (s)? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, qual a idade do (s) filho (s)?

Qual a sua formação:

( ) Ensino Fundamental

( ) Ensino Médio Incompleto

( ) Ensino Médio Completo

( ) Graduação Incompleta. Em que: \_\_\_\_\_

( ) Graduação Completa. Em que: \_\_\_\_\_

Quantas pessoas convivem no espaço residencial?

Você mora com alguém que necessita de cuidados? ( ) Não ( ) Sim

Quais cuidados?

---



---



---

Quanto tempo atua como ACS? \_\_\_\_\_

Além de ACS, realiza outra atividade laboral? ( ) Não ( ) Sim. Qual: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – Roteiro do Grupo Focal



Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
Curso de Mestrado em Educação Profissional em Saúde

### Roteiro do Grupo Focal

- 1) O que é cuidado?
- 2) O ACS cuida?
- 3) Poderiam descrever alguns exemplos do cotidiano de trabalho de vocês, em que o cuidado está presente?
- 4) Como vocês aprenderam a cuidar dos usuários?
- 5) Vocês já participaram de algum curso, em que o cuidado era vinculado às suas atividades?
- 6) Quais as dificuldades e as facilidades que vocês identificam ao realizar o cuidado, no cotidiano de trabalho de vocês na saúde da família?
- 7) Vocês propõem alguma sugestão? Gostariam de complementar com outro exemplo ou fala? Todos se sentem contemplados com as perguntas realizadas e o diálogo compartilhado?

## APÊNDICE D – Fragmentos de depoimentos...

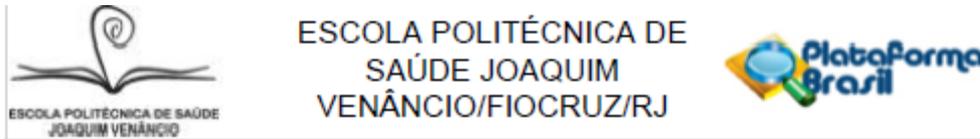
Informações obtidas a partir dos depoimentos do Grupo Focal.

Questão disparadora	Fragmento	Frequência	Categoria
<p>O que é o cuidado?</p> <p>Comente sobre o seu cotidiano de trabalho em relação ao cuidado.</p>	- Coletar informações	3	<p>Primeira Categoria:</p> <p>A singularidade de percepções sobre os modos de cuidado</p>
	- Suprir necessidades	3	
	- Promover orientações	4	
	- Ajudar o outro	3	
	- Contato direto com os usuários	3	
	- Escuta ativa	2	
	- Cuidado mais próximo	3	
	- Acompanhamento dos grupos prioritários	1	
	- Realizamos grupos de educação em saúde	3	
- Faço orientações referentes ao cuidado em saúde	4		
<p>Como vocês aprenderam a cuidar?</p> <p>Já participaram de algum curso de capacitação referente aos modos de cuidar em que o cuidado era vinculado às suas atividades?</p>	- Participação em cursos de capacitação	4	<p>Segunda Categoria:</p> <p>Descontinuidade e fragilidade do processo de capacitação para o cuidado</p>
	- Aprendemos a cuidar no cotidiano	3	
	- A equipe como nosso suporte	2	
	- Vem de casa, das experiências vivenciadas	1	
	- Realizei Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde	2	
	- Realizei Curso Introdutório, mas bastante frágil	3	
<p>Quais as dificuldades e as facilidades que vocês identificam ao realizar o cuidado?</p>	- Falta de recursos humanos e físicos	6	<p>Terceira Categoria:</p> <p>Facilidades e tensões no processo de cuidar na Estratégia Saúde da Família (ESF)</p>
	- Rede em saúde incompatível com as demandas	3	
	- Território violento	2	
	- Apoio da equipe	4	
	- Usuário e família são reconhecedores do trabalho	3	

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora. 2015.

**LISTA DE ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) COMO CONSTRUTOR DE MODOS DE CUIDADO EM SAÚDE

**Pesquisador:** ANDRESSA AMBROSINO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44533215.2.0000.5241

**Instituição Proponente:** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.133.340

**Data da Relatoria:** 09/07/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa realizada no âmbito do Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde. O presente trabalho de dissertação de mestrado tematiza o cotidiano de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com a perspectiva de discutir formas e modos de construção do cuidado em saúde. A pesquisadora, em seu percurso profissional e formativo progressivo, participou de uma Residência em Saúde da Família, o que lhe possibilitou conhecer, acompanhar e aprender com as peculiaridades dos ACS. Assim, a pesquisadora destaca algumas questões para reflexão: o ACS se reconhece como sujeito do cuidado em saúde? Como vem desenvolvendo os modos de cuidado nos cenários da Atenção Básica à Saúde? Para atingir aos objetivos propostos, a autora propõe constituir uma pesquisa de natureza qualitativa, tendo como uma das estratégias para coleta de dados a realização de grupos focais. Como locus para o estudo foi definido o Município de Itaboraí, considerando que a pesquisadora tem uma familiaridade com sua rede de saúde em função de sua trajetória de formação e de práticas. Trata-se de um município que apresenta uma população de 227.168 mil habitantes (IBGE, 2014). Nessa localidade, a implantação da ESF teve seu início em 2002, atualmente possui cerca de 32 unidades de ESF implantadas, e 44 equipes de saúde da família, e abrange uma cobertura de 70% da população (BRASIL, 2015; OLIVEIRA, et al., 2011), o que garante que o trabalho dos Agentes Comunitários de

**Endereço:** Avenida Brasil, 4365  
**Bairro:** Mangulhos **CEP:** 21.040-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3865-9710 **Fax:** (21)3865-9729 **E-mail:** cep@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.133.340

saúde já esteja institucionalizado na região. Os sujeitos da pesquisa serão cerca de 18 ACSs, com pelo menos 5 anos de atuação na ESF, de ambos os sexos, que aceitem participar livremente da pesquisa

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo geral do estudo é descrito como sendo: identificar os modos de cuidado presentes no cotidiano de trabalho dos ACSs. Como objetivos específicos, estão listados: compreender como os ACSs percebem estes modos de cuidado; entender como os ACSs constroem seus modos de cuidado; problematizar como os ACSs contribuem para o desenvolvimento dos modos de cuidado na atenção básica em saúde .

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a autora os riscos são mínimos e associados à eventuais constrangimentos ao responder às perguntas. Os benefícios estão associados ao fato de possibilitar desvendar, conhecer e (re) conhecer os modos de cuidado, de fazer-saúde dos ACSs nos cenários de ABS, além de perceber e divulgar a importância desse ator-social para a construção de práticas de cuidado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa de mestrado acadêmico que trata de temática de relevância para o campo da saúde pública, sobretudo para a área da atenção básica. Os objetivos estão redigidos com clareza e a metodologia aparenta ser condizente aos mesmos. A pesquisadora possui expertise na área. O projeto está embasado do ponto de vista teórico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Além dos documentos apresentados inicialmente: folha de rosto devidamente assinada, projeto detalhado, roteiro para o grupo focal, TCLE e cronograma, a pesquisadora apresentou também o termo de autorização institucional referente ao local que será campo do estudo (Secretaria de Saúde de Itaboraí) item que estava anteriormente em pendência. Os termos, portanto, foram adequadamente apresentados.

**Recomendações:**

Encaminhar relatório ao final do estudo.

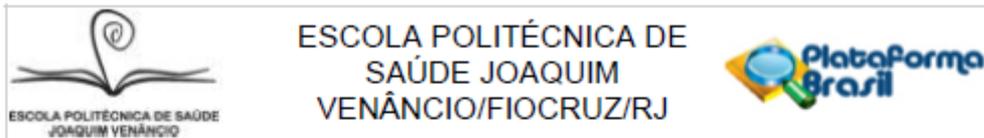
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 – CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Avenida Brasil, 4365	
Bairro: Mangunhos	CEP: 21.040-900
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710	Fax: (21)3865-9729 E-mail: cep@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.133.340

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

RIO DE JANEIRO, 01 de Julho de 2015

---

**Assinado por:**  
**Daniel Groisman**  
**(Coordenador)**

## ANEXO B – Autorização para a realização da pesquisa

### DECLARAÇÃO:

Para: Sr. Daniel Groisman / Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – CEP/EPSJV

De: *ROSÂNGELA MARTINS GOMES / COORDENAÇÃO NEPS / SMS / ITABORAÍ*

Assunto: Autorização para realização de pesquisa

Eu, *ROSÂNGELA MARTINS GOMES*, venho por meio deste, informar que autorizo a pesquisadora Andressa Ambrosino Pinto, discente do Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), a realizar a pesquisa intitulada de **“O agente comunitário de saúde (ACS) como construtor de modos de cuidado em saúde”**, sob orientação da professora Doutora Márcia Cavalcanti Raposo Lopes. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/ 2012 e infiro que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, e do compromisso ético quanto ao resguardo da autonomia, da privacidade, da segurança e do bem-estar dos sujeitos participantes.

Itaboraí, *03 de junho* de 2015.

Cordialmente,

*Rosângela Martins Gomes*  
*Coordenação NEPS / Itaboraí*  
*matr.: 28531.*

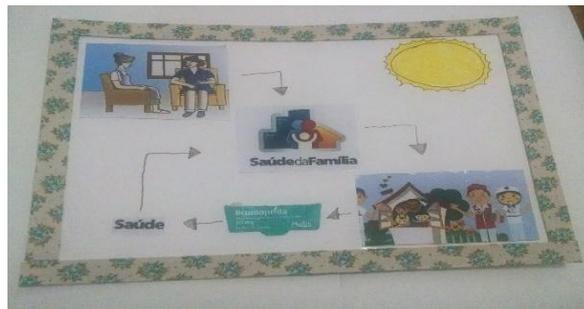
Endereço: *Rua Desembargador Ferreira Pinto, nº 09, Centro Itaboraí*  
Cep: *24.800-205*  
Telefone: *(21) 99966-4509*  
E-mail: *rosangela.mgomes@foto.com*

*\* NEPS - o Núcleo de Educação Permanente em Saúde*

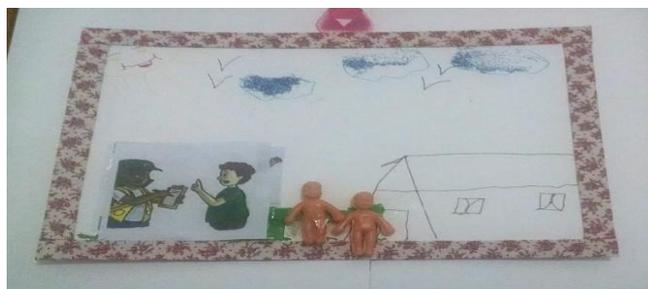
**ANEXO C - CROQUIS DE CUIDADO: conjunto de imagens ilustrativas referentes ao Grupo Focal**



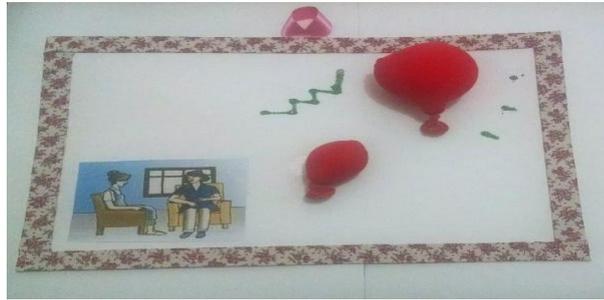
“Percorrendo o território: barreiras e tantas outras possibilidades”



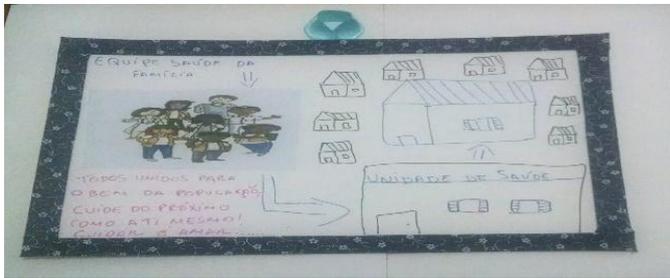
“Compondo um fluxo de cuidado”



“Visita domiciliária: algumas fortalezas e outras fragilidades...”



“Batata quente: exercício cotidiano em saúde da família”



“Um poema, casinhas e ACSs uma união que se faz presente”



“Realizando atividades de educação em saúde entre um passo e outro”



“Mediando algumas informações, conectando outros saberes...”