



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Guanaes-Lorenzi, Carla; Lana Pinheiro, Ricardo
A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 8, agosto, 2016, pp. 2537-2546
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63046744023>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família

Is the value of Community Healthcare Agents in Brazil's Family Health Strategy receiving full recognition?

Carla Guanaes-Lorenzi ¹
Ricardo Lana Pinheiro ¹

Abstract *This paper discusses meanings produced by Community Healthcare Agents (ACSs) on whether or not they feel that ACSs in Brazil's Family Health Strategy are receiving the recognition they deserve, considering their work with social networks. Discussion groups with 28 agents of six Health Units were held, sound-recorded and transcribed. Qualitative analysis of the material enables us to identify, in the discursive practices of ACSs, a tension on whether proper value is attributed to their work, or not. There was attribution of value when they talk of their activity in close proximity with the community, and their potential for construction of human connections; but there was non-attribution of value when they talk of the system's macro-structural aspects, such as low salaries, and low recognition of their function, in comparison to higher-level professionals. We conclude that the view of their work – still involving fragmented work processes, and expectation by the population that they will be able to provide immediate solutions to demands – might be preventing them from taking on board a more wide-ranging concept of primary healthcare, as a structuring and communication agent of the Healthcare Network, and as an organizing agent of Brazil's Unified Health System.*

Key words *Primary Health Care, Family Health Strategy, Community Health Agents, Job satisfaction*

Resumo *Este artigo discute sentidos produzidos por agentes comunitários de saúde (ACS) de uma cidade pequena de São Paulo sobre sua (des)valorização, considerando seu trabalho com redes sociais na Estratégia Saúde da Família (ESF). Foram realizados grupos de discussão com 28 agentes de seis unidades de saúde, os quais foram audiogravados e transcritos. A análise qualitativa do material permite identificar nas práticas discursivas dos ACS uma tensão em torno des/valorização de seu trabalho. Sentidos de valorização surgem quando destacam sua atuação próxima à comunidade e seu potencial para construção de vínculos, mas são tensionados por sentidos de desvalorização referidos a aspectos macroestruturais, como baixos salários e pouco reconhecimento de sua função comparativamente a profissionais de nível superior. Concluímos que a presença de uma visão ainda pautada na fragmentação dos processos de trabalho e em uma expectativa de resolução imediata das demandas da população através de ações individuais dos profissionais de saúde pode dificultar a apropriação, pelos ACS, de uma concepção mais abrangente de Atenção Primária, como articuladora da Rede de Atenção à Saúde e organizadora do Sistema Único de Saúde.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Satisfação no Emprego*

¹ Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes 3900/ Bl. 5/33A, Monte Alegre. 14090-901 Ribeirão Preto SP Brasil. carlaguanaes@ffclrp.usp.br

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se destacado dentre as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS), considerada importante elemento no processo de transformação do modelo assistencial, tradicionalmente marcado por referenciais biomédicos^{1,2}. Acompanhando um movimento internacional de valorização da Atenção Primária em Saúde (APS)², esta estratégia busca o planejamento das ações pautado nas necessidades das comunidades atendidas. Mais do que isso, a ESF partilha de uma concepção ampla de cuidados primários, compreendendo a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, inserida em Redes de Atenção em Saúde (RAS)^{3,4}. Conforme sintetiza Mendes⁴, nessa perspectiva, três funções articuladas da APS se destacam:

a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de ESF.

A ESF se caracteriza por uma atenção territorializada, desenvolvida por equipes multiprofissionais responsáveis pelo planejamento de ações de acordo com as necessidades locais de uma comunidade². Destaca-se, nesta estratégia, a figura do agente comunitário de saúde (ACS), que tem por característica residir em sua área de atuação, possuindo conhecimento sobre o território, suas peculiaridades e necessidades^{5,6}. Atores centrais para o bom funcionamento da ESF, os ACS desenvolvem ações que vão desde a adscrição das pessoas da microárea à orientação de famílias sobre o uso do sistema de saúde, ações educativas e acompanhamento de programas de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades². Considerando a diversidade presente na atuação do ACS, Nogueira et al.⁷ o definem como um trabalhador *sui generis*. Sua inserção no território permite a identificação com a comunidade e a construção de uma relação de proximidade com esta, muitas vezes caracterizada por uma propensão à solidariedade, ajuda mútua e liderança comunitária.

Para Silva e Dalmaso⁸, é possível identificar a presença de duas dimensões na prática do ACS: uma técnica, relativa ao atendimento aos usuários, intervenções para prevenção de agravos ou monitoramento de grupos ou problemas; e uma política, vinculada à solidariedade com a

população, considerando a inserção da saúde no contexto de vida das pessoas, e à organização da comunidade e transformação de suas condições de vida. Esta dimensão política pode trazer duas expectativas acerca do papel do ACS: que atue como elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, e como fomentador da organização da comunidade, em uma ideia de transformação social.

Além destes aspectos, destacamos a atuação dos ACS com redes sociais, isto é, com redes de relacionamentos que se caracterizam como significativos na vida das pessoas, incluído relações de família, amizade, trabalho, estudo e comunidade, e também agências sociais e institucionais⁹. Como indicam vários autores, o trabalho próximo com as comunidades pode contribuir para a articulação de redes sociais, de maneira tanto a fortalecer as relações entre pessoas de um mesmo território como entre sistemas de cuidado¹⁰⁻¹².

Analisando o trabalho do ACS com redes sociais, Pinheiro e Guanaes-Lorenzi⁹ destacam duas funções centrais exercidas por eles: a de articulador da rede social de um indivíduo, considerando suas necessidades de saúde; e a de mediador de relacionamentos interpessoais, intermediando tensões e conflitos, sobretudo no contexto das relações familiares. Segundo os autores, estas formas de atuação caracterizam intervenções em redes de relacionamento e sociabilidade, diferenciando-se de uma concepção individualista de atenção em saúde, e exigem dos ACS habilidades de comunicação e negociação. Desse modo, na prática dos ACS, a territorialização vai além de uma dimensão meramente geográfica. Como o ACS reside em sua área de atuação, compartilha a cultura local, é favorecido o estabelecimento de vínculos e a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para conversar sobre sua realidade de vida e dificuldades⁵.

Para Fontes¹³, o trabalho dos ACS favorece que se democratizem as informações, podendo estimular a participação da população na saúde – tanto no cuidado quanto nas políticas, o que é previsto na legislação do SUS. Os ACS convivem com diferentes pessoas e círculos, os quais podem ser descritos como diferentes campos de sociabilidade que, entrecruzados, ampliam o olhar para as práticas de saúde.

Apesar do reconhecimento da centralidade do trabalho dos ACS e seu importante papel na articulação de redes, favoráveis à integralidade, intersetorialidade e participação social, estudos sobre a prática dos ACS apontam tensões e di-

ficuldades presentes em seu cotidiano. Jardim e Lancman¹⁴, por exemplo, refletem sobre a complexa dinâmica relacional estabelecida entre ACS e comunidade. Entre outros aspectos, relatam que frequentemente se confundem os papéis de trabalhador de saúde e de amigo ou vizinho, o que pode gerar estresse e sofrimento. Além disso, por serem o elo com a comunidade, os ACS recebem mais fortemente as respostas (positivas ou negativas) da população em relação ao SUS, o que pode influenciar diretamente a forma como a população concebe sua prática.

Dificuldades relacionadas à dinâmica de trabalho nas equipes também atravessam a prática cotidiana dos ACS. Peres et al.¹⁵ discutem a hierarquização presente nas equipes de saúde, em que aqueles que possuem um saber técnico especializado ou formação superior ocupam lugar de destaque, e reforçam a necessidade da horizontalização das ações na ESF, com responsabilidades compartilhadas entre os membros das equipes de saúde. Também Sakata e Mishima¹⁶ discutem sobre a relação dos ACS com pessoas com maior conhecimento técnico, como em situações em que estes sentem receio em questionar e se posicionar frente a trabalhadores de nível universitário. Pupin e Cardoso⁶ relatam a desvalorização do trabalho do ACS, que se queixam, dentre outras coisas, da baixa remuneração considerando a carga horária de trabalho e suas inúmeras responsabilidades.

É no diálogo com esta literatura, que indica sentidos diversos em torno do trabalho dos ACS, ora apontando sua valorização (como no lugar de destaque dado à sua ação na da ESF e reconhecimento de seu potencial para construção de um vínculo de confiança com a comunidade), ora sua desvalorização (como na cobrança de resolutividade vivida na relação com a comunidade e na hierarquia sentida nas relações profissionais), que o presente artigo se propõe. Considerando os desafios que marcam a prática cotidiana dos ACS, sobretudo em seu trabalho com redes sociais, perguntamos: Em sua relação com a comunidade e com as equipes da ESF, como o ACS constrói sentidos sobre sua prática, investindo sua ação de mais ou menos valor? Assim, o objetivo deste artigo é compreender como os ACS significam seu trabalho com redes sociais, considerando especificamente os sentidos que constroem acerca de sua (des)valorização dentro do contexto da ESF. Com base na análise da tensão entre sentidos de valorização e desvalorização na prática do ACS, buscamos refletir sobre as implicações destes para a construção social da ESF no cotidiano.

Métodos

Este estudo caracteriza-se como qualitativo e foi desenvolvido com base em uma epistemologia construcionista social, cuja ênfase reside na busca por compreender as maneiras como as pessoas explicam, descrevem e narram suas vidas e o mundo em que vivem, e suas implicações para a construção de modos de vida e realidades sociais¹⁷. Este entendimento sustenta a opção metodológica adotada neste estudo de analisar as práticas discursivas de ACS, focalizando a compreensão dos sentidos negociados por eles acerca de sua prática com redes sociais na ESF.

A pesquisa foi realizada em cidade de pequeno porte no interior de São Paulo (menos de 20.000 habitantes), que conta com cobertura de 100% pela ESF, através de seis equipes de saúde da família e uma de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Participaram do estudo 28 ACS das seis equipes de saúde da família, dos quais, 27 mulheres. Apenas 2 ACS não puderam participar em função de férias. As idades das ACS participantes variavam entre 18 e 57 anos, e o tempo de atuação na profissão, entre 6 meses e 8 anos. Em relação à escolaridade, 4 ACS tinham ensino fundamental completo, 15 tinham ensino médio completo; 1 tinha curso técnico em enfermagem; 7 estavam no ensino superior (cursos de pedagogia, enfermagem ou fisioterapia) e um tinha ensino superior completo.

O projeto que originou este artigo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa e foi desenvolvido de acordo com as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas com seres humanos¹⁸. Todos os participantes da pesquisa aceitaram voluntariamente participar do estudo, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Visando resguardar a identidade dos participantes, as unidades de saúde da família foram nomeadas por cores e os nomes dos ACS, profissionais de saúde e pacientes eventualmente adotados na análise são fictícios.

As informações foram obtidas através de “grupos de discussão”, técnica investigativa que se baseia na interação entre os participantes como fonte de informações para a pesquisa, o que possibilita interações e ampliações de discursos entre participantes e pesquisadores¹⁹. Por meio desta técnica, buscou-se valorizar a formação conjunta de significados e a valorização do contexto dialógico no processo de construção das informações da pesquisa.

Foram realizados dois grupos de discussão com cada uma das seis equipes de ACS, totalizan-

do 12 grupos. O primeiro encontro em cada unidade tinha um caráter mais geral e buscava compreender as relações que os ACS construíam entre redes sociais e saúde. As discussões do primeiro encontro eram aprofundadas no segundo, respeitando-se as particularidades de cada grupo. Em geral, o segundo encontro explorava a ação dos ACS com redes sociais valorizando exemplos práticos de seu cotidiano de trabalho com a comunidade e como parte do sistema de saúde. Cada encontro de grupo teve duração aproximada de duas horas. Os grupos ocorreram nas próprias unidades de saúde e foram gravados em áudio e transcritos. As transcrições buscaram preservar o modo de fala dos participantes, mantendo expressões coloquiais e incorreções gramaticais.

Para análise qualitativa das transcrições, adotamos a proposta de Spink e Medrado²⁰, de se analisar os fluxos conversacionais e as interações entre os participantes, considerando as categorias analíticas como práticas discursivas emergentes no contato entre pesquisador e material. Inicialmente, realizamos uma leitura minuciosa das transcrições, buscando tanto registrar regularidades, nomeando temas que pareciam ser mais comuns e recorrentes nos grupos, quanto irregularidades, destacando momentos singulares e que apontavam para aspectos ainda pouco explorados em relação à prática do ACS. Nesta primeira aproximação com o material, observamos que, em muitos diálogos, os ACS referiam-se à relevância de sua atuação com redes sociais na ESF e reforçavam seu papel como “elo” ou “ponte intermediária” entre a população e o SUS, tal como definido em documentos oficiais²¹. Porém, em vários momentos, este sentido de valorização era tensionado por um sentido oposto, de desvalorização. Eram momentos em que os ACS apontavam para um possível distanciamento entre o que “o SUS” (como discurso oficial) preconiza e o que, de fato, sentem em seu cotidiano de trabalho, tanto na relação com as famílias atendidas como com outros profissionais da equipe. A identificação desta tensão nos diálogos com os ACS deu origem à proposição do eixo de análise desenvolvido neste artigo: a (des)valorização do ACS em sua prática cotidiana.

A partir da definição deste eixo temático, as transcrições dos grupos foram analisadas a partir dos passos: a) identificação dos momentos de diálogo em que, ao conversarem sobre a sua prática com redes sociais em saúde, os ACS referiam-se à valorização ou desvalorização de seu trabalho; b) reconhecimento dos sentidos presentes na valorização ou desvalorização do trabalho do ACS,

com reflexões sobre as implicações dos mesmos a construção da ESF no cotidiano; e c) escolha de trechos ilustrativos da tensão discursiva em torno da (des)valorização dos ACS.

Resultados e discussão

Ninguém valoriza. Nem SUS, nem ninguém

A tensão entre sentidos de valorização e desvalorização dos ACS apareceu nas referências destes à sua participação na construção do modelo assistencial. Nestes momentos, ao mesmo tempo em que repetiam seus aprendizados acerca da relevância do ACS como “elo” ou “ponte intermediária” entre a população e o sistema de saúde, tal como preconiza o discurso oficial da ESF²¹, questionavam a real importância de seu papel a partir de elementos do cotidiano, tais como a pouca valorização da comunidade ou baixos salários.

Um diálogo que ilustra esta tensão ocorreu no primeiro encontro de grupo desenvolvido na Unidade Vermelha, o qual tinha se iniciado com o convite para que as ACS discutissem o entendimento que tinham sobre rede social, a partir da definição geral desta como “pessoas que um indivíduo reconhece como importantes em sua vida”⁹. Elisa problematizou o que seria “importante”, disparando uma discussão sobre a prática dos ACS, com vistas à avaliação de se poderiam ser consideradas como “importantes” nas redes sociais das pessoas da comunidade:

Paula: *A gente que é agente comunitário vai na casa da pessoa, ensina ela. Talvez a pessoa aprende com a gente. Mas não quer dizer que a gente seja importante na vida... na vida dela.*

Vitória: *Ou que ela seja importante na minha.*

Tereza: *Não, mas acontece que pra saúde, pro SUS, nós somos importantes pra essa família.*

Elisa: *Para o SUS. Não para as famílias.*

Tereza: *Nós somos um elo que liga as famílias... as famílias com... com a saúde.*

Paula: *Cê acha que as suas famílias reconhecem você como importante pra elas?*

Tereza: *Ah, muitas reconhece, sim!*

Elisa: [falando com tom de voz irritada] *A minha área... Hum! Nem liga!*

Tereza: *Pode ser que a família não reconheça... Mas o SUS reconhece.*

Vitória: *Ninguém reconhece, Tereza. Nem SUS, nem ninguém.*

Tereza: *Vitória... Meninas, senão eles não teriam feito isso, não teriam feito o... é... não mandaria tanta verba pra fazer, pra montar um PSF.*

Elisa: *Cê ganha bem?* [Silêncio por alguns instantes]. *Não, né? Então...* (Risos). (Unidade Vermelha, Grupo 1)

Nesse momento, há uma tensão entre diferentes discursos, que sustenta ora sentidos de valorização ora de desvalorização do ACS. Tereza defende que os ACS e o PSF são valorizados, uma vez que o governo envia verbas para sua instalação e manutenção. Entende também que algumas famílias valorizam o trabalho que desenvolvem, aspecto que parece, para ela, ser indicativo de valorização. No entanto, Paula, Vitória e especialmente Elisa destacam a desvalorização do ACS, percebida tanto na relação com a comunidade como na relação com o sistema de saúde. Nesse sentido, a questão salarial aparece como um argumento concreto acerca da desvalorização do ACS, que exerce o efeito retórico de persuasão, encerrando a discussão em torno do tema.

Santos et al.²², em trabalho realizado com ACS de unidades de ESF do interior de São Paulo, relatam que estes elegem a baixa remuneração como um dos principais pontos negativos de sua prática, o que sustenta uma sensação de desvalorização do trabalho pelos próprios ACS. Por outro lado, os autores discutem que os ACS também definem sua prática como muito importante, trazendo elementos de resolutividade, vínculo com a comunidade, confiança da população, o que sustentaria um sentimento de realização. Assim como no trabalho dos autores, estes dois aspectos apareceram nos grupos como medida da (des) valorização do trabalho do ACS, tanto na relação com a comunidade como com o sistema de saúde. No entanto, neste momento específico do diálogo, o peso dado às questões salariais parece ter a função de apontar para uma “contradição” ou falha na política da ESF. Se os ACS fossem de fato tão importantes para o “SUS”, como enuncia Tereza, deveriam ser recompensados por isso – é o que argumenta Elisa. O silêncio após a fala da Elisa e os risos ao final parecem ter trazido certo consenso entre as ACS nesse momento do grupo: independente do reconhecimento vivido na relação com algumas famílias, a baixa remuneração revela a desvalorização do trabalho do ACS na política da ESF.

O diálogo em torno da des/valorização do ACS prossegue neste mesmo grupo. Agora, Elisa amplia o argumento da desvalorização do ACS refletindo sobre o pouco reconhecimento de seu trabalho pela comunidade quando comparado a outros profissionais com formação superior. Mais uma vez, a fala de Elisa encontra apoio em Vitória e Paula:

Elisa: *Eu vou falar uma coisa que já até aconteceu. [...] Fui fazer visita na casa de uma mulher. Não é dizer assim, que eu orientei ela. Mas aí depois passou um tempo, eu fui lá com o médico, o médico orientou: “E aí, como que a senhora tá?” “Ah, tô bem. O médico falou isso e isso pra mim”. A mesma coisa que eu tinha falado antes, e que ela não deu importância...*

Paula: *Ele foi importante. Ele foi importante.*

Elisa: *O que ele disse foi importante. Eu não.*

Paula: *Cê não é importante. [...] Cê é importante pra Deus, só.*

Vitória: *A gente é importante só pra família da gente. Entende? Pra mais ninguém.* (Unidade Vermelha, Grupo 1).

Paula compara o valor dado à orientação do médico, mostrando como o seu conhecimento técnico foi diminuído frente a esta posição socialmente valorizada. Esta construção ilustra como ainda se faz difícil a transição no modelo de atenção à saúde. A centralidade do médico no processo de cuidado é resquício do modelo biomédico e das práticas voltadas unicamente à medicalização e à cura²³. A mudança do modelo trouxe para o discurso oficial a importância de outros profissionais de saúde, valorizando também sua competência técnica para exercer o cuidado. No entanto, no cotidiano, novos e velhos discursos sobre saúde se articulam em uma trama tensa. No trecho apresentado, Elisa sente que sua capacidade técnica para uma orientação não foi reconhecida, frente ao valor dado *a priori* ao médico como detentor do saber.

Por outro lado, muitas vezes parte do próprio ACS a desvalorização de sua competência técnica e a atribuição de maiores responsabilidades aos profissionais da equipe com formação superior. Nestes momentos, questionam seu potencial de ação e sentem-se pressionados pela cobrança de resolutividade por parte da comunidade. Um momento muito significativo em que isto aconteceu foi no primeiro encontro de grupo de discussão desenvolvido na Unidade Branca, o qual apresentamos a seguir.

**Tem que partir “delas” o que vai ser feito.
Não do agente!**

O diálogo seguinte aconteceu em um momento em que os ACS discutiam a importância de saber sobre os limites de sua prática. Falavam sobre a importância de saber até onde ir na relação com a comunidade, respeitar as pessoas, saber escutar e não dar conselhos diretos sobre suas vidas, e levar os casos para discussão com os

demais profissionais da equipe. Com base nesses elementos, descreveram sua relação com a comunidade como potencialmente estressante, uma vez que há uma demanda por resolução de problemas, que muitas vezes não pode ser atendida:

Larissa: *Muito stress. Porque... É, às vezes, igual a gente falou, tem certas pessoas que quer que a gente resolva o problema deles, sendo que a gente não tem... O agente, ele é a ponte intermediária da população com o PSF, então, o que que a gente tem que fazer? Trazer o problema dele pro PSF, pros nossos... pras nossas chefes, né? A gente faz estudo de caso, essas coisas, pra ver se... tem que partir delas o que vai ser feito. Não o agente. E daí a... a pessoa não entende, ele quer... ele viu o agente, ele quer que o agente resolve a situação toda. Igual o caso da Carmen, da água. [...]*

Helena: *É da minha área, ela mora na minha rua. E todo dia ela vai lá em casa na hora... ela vê eu chegando na hora do almoço, à tarde ela vai lá e fala que o marido tá colocando veneno na água dela. Ela tem um problema de cabeça, faz tratamento, tudo. Ela quer que eu vou conversar com o marido dela. Eu não posso intervir lá. Aí eu já passei pra cá, ela faz tratamento psiquiátrico e... Mas todo dia ela tá lá! Aí todo dia eu fico: “não, eu vou falar pra ele”... [...]*

Larissa: *É, estressa.* (Unidade Branca, Grupo 1).

Nesse trecho, Larissa descreve o ACS como uma “ponte” entre a comunidade e o PSF, o que para ela define sua função como a de levar os problemas para serem discutidos na unidade, cabendo às “chefes” (no caso das unidades pesquisadas, médicos ou enfermeiros) decidir as ações a serem tomadas. Nas definições de função do ACS, está previsto que este deve identificar situações de risco e encaminhar aos setores responsáveis¹.

Sakata e Mishima¹⁶ discutem que a atuação dos ACS enfocando principalmente aspectos operacionais do trabalho, como no trecho transcrito, reforça uma concepção de trabalho rígida, fechada – como um elo de uma corrente, algo imóvel, frio. Por outro lado, a valorização da inter-relação entre ACS e o restante da equipe de saúde pode valorizar uma atenção integral às famílias e caracteriza uma atuação com maior mobilidade, ajustável às necessidades da comunidade. Para as autoras, quando os ACS executam ações integradas ao trabalho da equipe de saúde, há maior potencialidade em seu trabalho, o que pode contribuir para que a equipe avance para além do enfoque puramente biomédico. As autoras discutem, com base em relatos de outros membros de equipes de Saúde da Família, que o

maior conhecimento dos ACS sobre as famílias atendidas pode trazer maior segurança e tranquilidade para a equipe executar seu trabalho. Esse reconhecimento da importância do ACS na equipe de saúde também contribui para que estes sejam incluídos no planejamento das ações em saúde, o que valoriza o diálogo entre diferentes saberes no contexto da ESF. No entanto, no trecho anterior, Larissa descreve os ACS como profissionais que apenas ouvem as queixas e as levam para o restante da equipe, colocando que devem partir dos chefes as iniciativas sobre o que fazer. Dessa forma, a potencialidade da prática do ACS de contribuir para uma atenção que integre os diferentes saberes dentro da ESF parece ser reduzida.

Considerando o exemplo dado por Larissa (de atenção a uma usuária com problemas de saúde mental), Ribeiro et al.²⁴ apontam que muitas vezes os profissionais de saúde não reconhecem seus recursos para o trabalho com saúde mental na Atenção Básica, desconsiderando dimensões fundamentais do processo de cuidado, tais como acompanhamento, envolvimento, disponibilidade, reconhecimento das necessidades de saúde, ações de prevenção e de construção de parcerias com serviços especializados, capacidade de escuta e diálogo, e a própria construção de vínculos de confiança e respeito com os moradores das comunidades. Segundo as autoras²⁴, “há uma expectativa de resolutividade pouco condizente com a gravidade dos casos atendidos e uma aparente hierarquização das ações terapêuticas, que tende a privilegiar as ações de cunho medicamentoso em detrimento às tecnologias leves de cuidado”.

Destacamos que a prática do ACS é caracterizada como uma função com características peculiares, as quais contribuem para o estabelecimento de um vínculo de proximidade com a população^{5,7}. Porém, conforme apontam Jardim e Lancman¹⁴, essa relação nem sempre é harmônica, sendo necessário o estabelecimento de uma relação de credibilidade e confiança entre o ACS e população. Concordamos com estas autoras de que a credibilidade dos ACS é dinâmica e se relaciona diretamente com a resolução dos problemas levantados pela comunidade, o que, muitas vezes, é impossibilitado não devido a uma dificuldade técnica específica do ACS, mas pela própria complexidade de organização e funcionamento do sistema de saúde e dificuldades na transição do modelo de assistência. De maneira complementar, Pupin e Cardoso⁶, com base em pesquisa com ACS, discutem que a proximidade

com as pessoas da comunidade pode também ser vivida pelos ACS como elemento negativo, em especial quando não conseguem tecer distinções entre seu papel como trabalhador e morador, fora do horário de trabalho.

Por outro lado, também houve muitos momentos de diálogo em que sentidos de valorização do trabalho do ACS apareceram, sobretudo considerando-se sua centralidade na relação com a comunidade e a qualidade do vínculo estabelecido com as famílias atendidas. Nestes casos, as ACS sentem sua valorização como profissional e pessoa, parte de uma comunidade que sabe reconhecer o seu valor.

Não só como agente, como pessoa também...

O trecho seguinte ocorreu no primeiro grupo realizado na Unidade Amarela. Em um momento do grupo de discussão em que as ACS aproximavam a noção de redes sociais à sua própria história, elas refletiram sobre quem seriam as pessoas importantes em suas próprias vidas. Nesse exercício, citaram inicialmente como pessoas significativas em sua rede social apenas sua própria família, expandindo depois esse sentido para colegas e amigos. Neste momento, Cláudia trouxe para o grupo o caso de Carmélia, uma usuária com quem a equipe nutria uma relação de afeição e proximidade. A conversa se desenvolve para o entendimento de que os ACS são parte fundamental da rede social de Carmélia, o que é importante para sua saúde, sendo a recíproca verdadeira:

Cláudia: *Todo mundo conhece a Carmélia. [...] Então, ela é da área do Jarbas [ACS que não participou do grupo], só que você tem uma grande afinidade, amizade e carinho por ela, o Maurício [médico da unidade] também tem, a Ângela também tem, eu também tenho. [...]*

Rafael: *E tem contato... assim, quase todos os dias, ela tá aqui na unidade. [...] tem contato com todas as pessoas da equipe, então... [...] É uma pessoa que... eu acho que considera a saúde como uma rede social. [...] Ela vê que tem importância na vida dela. E assim, pra gente também, acho que ela também tem importância, porque fora do... do serviço de agente comunitário, a gente também conversa com ela (Unidade Amarela, Grupo 1).*

Os ACS descrevem Carmélia como uma pessoa que considera a saúde como rede social, o que se dá não apenas em momentos de trabalho, mas também em outros contextos. Nesse sentido, os ACS destacaram sua relação com pessoas de seu convívio, como família, amigos, e também usu-

ários, valorizando, a partir do exemplo de sua relação com Carmélia, o envolvimento afetivo presente nessa relação.

Neste trecho, há o reconhecimento de elementos positivos das práticas desenvolvidas pelos ACS e de sua participação na vida da comunidade. É justamente esta visão do ACS como parte da rede social da comunidade, isto é, como pessoa próxima e significativa, que, segundo a proposta original da ESF¹ e estudos da literatura^{10,15,16}, pode favorecer o estabelecimento de vínculos de confiança, aumentando a possibilidade da prática do ACS oferecer à equipe de saúde elementos para um atendimento vinculado às necessidades da população. No contexto da pesquisa, construir esse sentido pareceu ter a função de empoderar as ACS sobre a relevância de seu trabalho, permitindo que se vissem mais do que um mero veículo de informações entre usuários e demais profissionais da equipe de saúde.

Da mesma maneira, o trecho seguinte traz sentidos de valorização da relação entre as equipes (especialmente os ACS) e os usuários. Nesse momento, os ACS conversavam entre eles e com o pesquisador sobre a realização de grupos na unidade de saúde da família e a participação dos ACS nesse tipo de proposta:

Ângela: *Porque, assim, elas chegam, se abraçam. [...] É, então eu acho assim, que entre o grupo, já tá se solidificando, assim, uma amizade, assim, muito... é... porque se uma faltou tal dia, a outra fala: “uai, mas por que... é, Fulana não veio?” [...]*

Rafael: *As pessoas... acham importante a presença do agente. Não só como agente, como pessoa também. É o caso que cê falou, não só a função, o trabalho que é exercido, mas é a presença da pessoa, também é importante no grupo. (Unidade Amarela, Grupo 1).*

A valorização da relação entre a comunidade e os ACS se constrói a partir do reconhecimento da relação de amizade e da proximidade entre eles. Essa proximidade favorece a realização de ações que considerem os usuários como seres humanos inseridos em um contexto e como co-construtores do sistema de saúde a partir de uma relação mais horizontal.

Os encontros entre ACS e a população, desenvolvidos na própria unidade, como os grupos citados no exemplo, podem contribuir para o estreitamento desta relação. Estes encontros favorecem o compartilhamento de vidas e histórias, com a peculiaridade de, ocorrendo no sistema de saúde, demarcar a relação dos ACS com a população enquanto profissionais de saúde, o que pode contribuir para o aumento da credibilidade

dos profissionais¹⁶. Por sua vez, essa credibilidade contribui nos momentos de visitas domiciliares, possibilitando que tenham melhor acesso às famílias.

Considerações finais

A valorização e a desvalorização da prática dos ACS não são dimensões que podem ser perfeitamente delimitadas, com fronteiras bem demarcadas. Em suas argumentações, os ACS transitam entre os sentidos de valorização e desvalorização de sua prática, recorrendo a diferentes discursos sociais para sustentar seus argumentos em relação a um ou outro aspecto. Refletir sobre momentos em que os discursos de (des) valorização da tarefa do ACS se tornam mais significativos nos diálogos sobre sua prática cotidiana pode ser um recurso fértil para se pensar na construção na ESF no cotidiano e sua relação com o projeto mais amplo da APS, de ser elemento importante na coordenação da RAS e organização do SUS.

Nosso estudo aponta que os ACS recorrem com frequência ao “discurso oficial” da ESF para definir e conceituar sua prática, definido seu papel como central para o bom desenvolvimento da ESF, por serem a “ponte intermediária” entre a unidade de saúde e a população. No entanto, o sentido dado a este discurso oficial varia de acordo com as negociações em curso. Por vezes, o discurso oficial é trazido como forma de enaltecer o trabalho do ACS e reforçar suas particularidades, sobretudo valorizando sua habilidade para construção de vínculos e articulação de redes sociais – aspectos fundamentais para a construção do cuidado em saúde, pautado nas necessidades da comunidade atendida. Em outros momentos, porém, este discurso é trazido como indicativo da contradição presente no SUS, onde se espera que profissionais de saúde trabalhem de maneira articulada, horizontal e interdisciplinar junto à comunidade, mas, na prática, parece haver pouca sustentação desta “horizontalidade” em outros âmbitos dessa relação – sobretudo aqueles referentes às políticas de valorização salarial. Nestes momentos, a comparação do trabalho dos ACS com o de outros profissionais (especialmente médicos e enfermeiros) parece cumprir uma dupla função: denunciar a vigência, ainda, de um modelo assistencial médico centrado; e diminuir a importância do trabalho do ACS junto à comunidade, que passa a ser vista como pouco responsável aos esforços de implementação de outro modo de cuidado em saúde.

Dentre as muitas possibilidades de discussão desta tensão em torno da des/valorização do trabalho dos ACS, destacamos dois aspectos relacionados que julgamos fundamentais: a fragmentação presente nos microprocessos de trabalho e a expectativa de resolutividade dos casos atendidos a partir de ações individuais, geralmente centradas na prática do próprio ACS, no contexto exclusivo da ESF e sem articulação com outros serviços da RAS.

Conforme discutimos, a proposta da ESF enfatiza o trabalho em equipe como forma de se articular diferentes saberes e práticas na produção do cuidado em saúde. Isto enuncia que o trabalho isolado do ACS (ou de qualquer outro profissional da ESF) não consegue abarcar a complexidade das questões que surgem no trabalho cotidiano. Apesar disso, as ACS participantes de nosso estudo desvalorizam sua prática ao avaliarem suas ações de maneira isolada, apresentando uma expectativa de resolutividade imediata das situações pouco condizente com a complexidade dos casos atendidos e que desconsidera os diferentes recursos dialógicos usados por elas na atenção à comunidade²⁴. A partir de um critério de avaliação que considera o resultado do processo de cuidado como um produto objetivo, a desvalorização de sua prática obviamente prevalece, a qual é recortada do todo que a atravessa (tanto referido na relação com outros profissionais na própria ESF, como na relação com outros serviços e instâncias que compõem a RAS).

Complementa essa discussão a forte hierarquia presente nas categorias profissionais, o que tem sido apontado como fator prejudicial na literatura^{15,16} e também nos relatos das ACS de nosso estudo. Uma organização das unidades de saúde da família que valorize os diferentes saberes e práticas presentes na diversidade de funções desempenhadas é aspecto fundamental. Tal organização pode ser importante para que os ACS se percebam como importantes no trabalho em equipe, percebendo sua função como central ao bom funcionamento da ESF – não como mero transmissor de informações aos profissionais de nível superior; mas pelas qualidades inerentes à sua própria atuação (saber local, capacidade de diálogo, acolhimento, entre outras). Portanto, contribui para a desvalorização do ACS o modo com a própria equipe de trabalho constrói sua prática no fazer cotidiano, muitas vezes sustentando distinções entre quais as ações são mais ou menos importantes na relação com a comunidade, em detrimento de uma visão global da assistência em saúde oferecida pelo conjunto dos

profissionais. Ao contrário, o reconhecimento por parte da equipe acerca do trabalho do ACS pode contribuir para a construção da sua valorização no cotidiano, sobretudo auxiliando-os no desenvolvimento de recursos para lidar com a demanda por resolutividade imediata por parte da população. Se a unidade se organiza de forma horizontal, havendo comunicação entre a equipe, conforme discutido por Peres et al.¹⁵, a lógica do cuidado em saúde em um modelo biopsicossocial de atenção pode se tornar mais clara também para a população, e a prática dos ACS pode ser desempenhada com ênfase nos seus recursos para fortalecimento de vínculos e relação próxima com a comunidade, ao mesmo tempo em que reconhecendo as funções e limitações de sua ação. Nesse sentido, é

fundamental considerar que a demanda por resolutividade imediata das problemáticas de saúde é característica da mudança no modelo assistencial, mas tende a se diluir conforme a comunidade, com o auxílio das equipes de saúde, se apropriando de um entendimento mais amplo da proposta da APS e seu papel na coordenação da RAS e organização do SUS.

Esperamos, que o presente estudo, ao dar visibilidade para a construção de sentidos em torno da (des)valorização dos ACS em suas argumentações, possa contribuir para a reflexão sobre a construção da ESF, assim colaborando para fortalecer a APS como política pública de saúde, que se constrói, no cotidiano, na tensa relação entre sentidos e práticas.

Colaboradores

C Guanaes-Lorenzi e RL Pinheiro participaram igualmente de todas as etapas envolvidas no desenvolvimento da pesquisa e na redação do artigo.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) pelo auxílio financeiro.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria da Atenção à Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, MS; 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *PNAB - Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, MS; 2012.
3. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, Pinto IC, Monroe AA, Arcêncio RA. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):343-352.
4. Mendes EV. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: CONASS; 2015.
5. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(1):197-203.
6. Pupin VM, Cardoso CL. Fazer de soldadinho: as dificuldades no trabalho de agentes comunitários de saúde. *Psico* 2011; 42(1):41-50.
7. Nogueira RP, Silva F, Ramos ZVO. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde*. Brasília: Ipea; 2000.
8. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface (Botucatu)* 2002; 6(10):75-83.
9. Pinheiro RL, Guañes-Lorenzi C. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. *Estudos de Psicologia* 2014; 19(1):48-57.
10. Sluski CE. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
11. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário. *Fazendo Gênero – corpo, violência e poder* 2008; 8(1):1-8.
12. More CLOO. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia* 2005; 15(31):287-297.
13. Fontes BASM. Sobre Trajetórias de sociabilidade: a ideia de redes de saúde comunitária. In: Martins PH, Fontes BASM, organizadores. *Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora da UFPE; 2008. p. 121-142.
14. Jardim T, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(28):123-135.
15. Peres CRFB, Caldas Junior AL, Silva RF, Marin MJS. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(4):905-911.
16. Sakata KN, Mishima SM. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3):665-672.
17. Gergen K. *Realities and Relationships: soundings in social construction*. London: Sage; 1997.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2013; 13 jun.
19. Willig C. *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press; 2001.
20. Spink MJP, Medrado B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJP, organizadora. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 2004. p. 41-61.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: MS; 2000. Caderno 1.
22. Santos KT, Saliba, NA. Moimaz, SAS, ARcier, RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):1023-1028.
23. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saude soc* 2002; 11(1):67-84.
24. Ribeiro MOP, Caccia-Bava MCGG, Guañes-Lorenzi C. Atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos. *Psicologia USP* 2013; 24(3):369-390.

Artigo apresentado em 27/09/2015

Aprovado em 23/11/2015

Versão final apresentada em 25/11/2015