

Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários

Viviane Milan Pupin Andrade – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil

Cármen Lúcia Cardoso – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil

Resumo

Objetivou-se analisar concepções que profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem a respeito da finalidade das visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Neste estudo qualitativo foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com sete profissionais e dezoito usuários de duas Unidades de Saúde da Família numa cidade de médio porte do interior paulista e observação participante de atividades realizadas pelos ACS. Por meio da análise temática de conteúdo, percebeu-se que apesar do suporte social que o ACS oferece à comunidade, as concepções dos participantes caracterizam as visitas como um trabalho protocolar, voltado ao indivíduo e à doença, distanciando-se das propostas de transformações da assistência em saúde, evidenciando as contradições de tal trabalho. O estudo possibilitou ampliar o olhar sobre as visitas domiciliares e tecer considerações sobre a importância de rever tais práticas, visando construir a ESF mais afinada com os pressupostos da Reforma Sanitária.

Palavras-chave: saúde da família, profissionais da saúde, serviços de saúde

Home visits by Community Health Agents: professionals' and users' conceptions

Abstract

The objective of this study was to analyse the conceptions of workers' and users' of the Family Health Strategy (FHS) program regarding home visits by Community Health Agents (CHAs). In this qualitative research, individual semi-structured interviews were performed with seven professionals and eighteen users from two Health and Family Units in a mid-sized city in the countryside of São Paulo and participant observation of the CHAs' activities were carried out. Thematic content analysis revealed that, despite the social support provided by the CHAs, participants see home visits as mechanical activities with bureaucratic purposes, aimed at the individual and the disease, thus deviating from the original purpose of healthcare transformation and exposing a contradictory aspect of such work. This study broadened the view regarding home visits by CHAs and highlighted the importance of reviewing this activity, to achieve a FHS in better alignment with the premises of the Health Reform.

Keywords: family health, health professionals, health care services

Visitas domiciliarias de Agentes Comunitarios de Salud: Concepciones de Profesionales y Usuarios

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar los conceptos que profesionales y usuarios de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) tienen respecto a la finalidad de visitas a domicilio realizadas por Agentes Comunitarios de Salud (ACS). En este estudio cualitativo fueron realizadas entrevistas individuales semiestruturadas, con siete profesionales y dieciocho usuarios en dos Unidades de Salud de la Familia, en una ciudad de tamaño medio del interior paulista, y se observaron las actividades realizadas por los ACS. Mediante análisis de contenido temático se determinó que, a pesar del apoyo social comunitario ofrecido por los ACS, los participantes consideran las visitas como un trabajo protocolar, orientado al individuo y la enfermedad, alejándose de las propuestas de transformación de la asistencia de la salud, evidenciándose las contradicciones de tal trabajo. El estudio permitió ampliar la visión sobre las visitas a domicilio y realizar consideraciones acerca de la importancia de revisar esas prácticas, con la intención de construir una ESF más adecuada a los presupuestos de la Reforma Sanitaria.

Palabras clave: salud de la familia, profesionales de la salud, servicios de salud

O agente comunitário de saúde (ACS) integra a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF) composta, ainda, por médico e enfermeiro generalistas ou especialistas em saúde da família e comunidade, e auxiliar ou técnico de enfermagem. Segundo o Ministério da Saúde, o ACS tem como atribuições o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas. Para cumprir tais atribuições, são apontadas, de acordo com a Lei nº 11.350/2006, de 05 de outubro, as seguintes atuações do ACS: a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e

sociocultural da comunidade; a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; o registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas, para monitoramento de situações de risco à família e participação em ações que fortaleçam os elos entre setor da saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

A Portaria nº 2.488/2011, de 21 de outubro, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece que as visitas domiciliares devem ser programadas

em conjunto com a equipe, levando-se em consideração os critérios de risco e vulnerabilidade de forma que as famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, adotando a média de uma visita mensal por família.

O manual de autoria do Ministério da Saúde intitulado “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (Brasil, 2009) descreve o ACS como um “agente de mudança” (p. 23), enfatizando seu papel de extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade e de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários por meio de uma postura “vigilante” (p. 24).

A atuação do ACS na ESF está atrelada a concepções de saúde ampliadas que incluam determinantes biopsicossociais por meio de um olhar para toda a família e não apenas sobre o indivíduo. Os ACS têm como especificidade o fato de não terem como exigência para o ingresso na profissão a conclusão prévia de curso técnico específico na área da saúde. O reconhecimento da categoria profissional do ACS efetivou-se em 2002 através da Lei nº 10.507/2002, de 10 de julho. Com a regulamentação das atividades do ACS por meio da Lei nº 11.350/2006, de 05 de outubro, o candidato ao cargo de ACS deve ter finalizado o Ensino Fundamental e concluir com aproveitamento o curso introdutório de formação inicial e continuada.

Apostando na construção do vínculo, no acolhimento, na inclusão de aspectos relacionais e intersubjetivos no fazer em saúde e no cuidado longitudinal às famílias, a criação da Estratégia Saúde da Família e a inserção do ACS representam um passo importante para se consolidarem práticas pautadas pela integralidade, buscando um olhar ampliado para o processo saúde-doença. Além disso, a proposta de trabalho pretende estar na contramão da objetivação do outro enquanto fonte de intervenção técnicas, sujeito e, portanto, dependente dos profissionais que detém o saber (Anéas & Ayres, 2011).

Nessa direção, Franco e Merhy (2007) apontam que a simples implantação da ESF não é garantia de mudança do modelo assistencial, uma vez que ela depende da conquista da mudança na forma de se prestar o cuidado em saúde e, conseqüentemente, do agir dos profissionais. Tais autores consideram que não é a mudança de forma ou estrutura do modelo que garante práticas usuários-centradas, sendo necessária uma mudança na micropolítica do trabalho, incorporando uma “face humanitária” (p.116) aos processos tecnológicos da saúde, destacando a produção do acolhimento, vínculo e responsabilização

enquanto produtores de uma atuação profissional diferenciada.

Refletindo sobre as ações dos ACS, Guizardi e Pinheiro (2005) apontam que elas têm o potencial diverso ao modelo hegemônico de assistência pela proximidade, pela escuta e vivências compartilhadas com os usuários, pela disponibilidade para estar junto e conhecer o cotidiano das famílias. O ACS, segundo os autores, pode ser a voz das experiências e saberes do usuário, apesar de, em alguns momentos, isso ser angustiante pela ausência de um saber institucionalizado – o que faz com que muitas vezes o ACS recorra ao discurso científico, na tentativa de consolidar um lugar profissional.

Brigagão e Gonçalves (2009), em oficinas de promoção de saúde realizadas com ACS da capital paulista, relatam algumas dificuldades apontadas pelos próprios ACS na realização de seu trabalho, a saber: sobrecarga de atividades, dificuldades em responder a determinadas demandas/questões dos usuários e exigências para que desempenhem funções que não fazem parte de suas atribuições, o que reforça a dificuldade do ACS em construir uma identidade profissional. Na mesma direção, Wai (2007) também aponta em seu estudo fatores de sobrecarga para o ACS: condições de trabalho que englobam número excessivo de tarefas a serem realizadas e demandas que estão além de sua capacidade e aptidão; baixa remuneração e vínculo empregatício precário; carga emocional pelo envolvimento e forte vínculo com a comunidade e dificuldades no relacionamento interpessoal com a equipe e usuários.

Com relação à visita domiciliar Carli, Costa, Silva, Resta e Colomé (2014) afirmam que é durante essa atividade que o acolhimento e o vínculo são estabelecidos e fortalecidos, ressaltando a possibilidade do profissional de, na visita domiciliar, construir um diálogo, conhecer as necessidades das famílias e auxiliar na resolutividade dos problemas encontrados. Reforçam, ainda, que é na visita domiciliar que surge a possibilidade de incentivar a independência da comunidade e das famílias quanto a sua própria produção de saúde.

Por outro lado, Gomes, Cotta, Cherchiglia, Miltre e Batista (2009), a partir de entrevistas realizadas com ACS, pontuam que, apesar do caráter preventivo das orientações realizadas por esses profissionais, as visitas domiciliares estão centradas no reforço da assistência médica e pouco consideram a dinâmica familiar e comunitária.

Lançando um olhar para o trabalho do ACS, este estudo tem por objetivo analisar as concepções que

profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família e usuários tem a respeito da finalidade das visitas domiciliares realizadas pelos ACS.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza exploratória, realizado em duas Unidades de Saúde da Família (USFA e USFB) de uma cidade de médio porte do interior de São Paulo.

Caracterização do Contexto do Estudo

Ressalta-se que as Unidades de Saúde da Família A e B são geograficamente próximas e encontram-se em uma área urbana. A USFA englobava uma área de favela que não contava com asfalto e rede de água e esgoto disponível em todas as residências em contraste com outra área pertencente a mesma USF com famílias, na sua maioria, de classe média. Dentre as 729 famílias cadastradas, num total de aproximadamente 2102 usuários, 405 desses eram diagnosticados com hipertensão arterial, 118 com diabetes, 18 eram gestantes e 33 eram crianças menores de um ano.

Na USFB, apesar de não contar com área de favela, as famílias caracterizavam-se pela carência socioeconômica e baixa escolaridade. Das 862 famílias cadastradas, num total de 3211 usuários, 227 desses eram diagnosticados com hipertensão arterial, 73 com diabetes, 28 eram gestantes e 51 eram crianças menores de um ano.

A USFA, em comparação com a USFB, tinha população adulta e idosa expressiva. Já a USFB contava com população mais jovem e número expressivo de crianças. As duas USF estavam vinculadas a uma universidade pública e, portanto, contavam com alunos de residência em Medicina, aprimoramento em Psicologia e estudantes de graduação em Odontologia, Enfermagem, Medicina e Fisioterapia, além da supervisão/coordenação técnica por docentes de tal Universidade.

Participantes

Participaram do estudo 18 usuários, sendo 10 da USFA e oito da USFB, que recebiam a visita domiciliar do ACS há, pelo menos, dois anos, e sete profissionais que trabalhavam há, pelo menos, um ano na Estratégia Saúde da Família, sendo quatro da USFA e três da USFB. Ressalta-se que todos os profissionais da equipe mínima das referidas USF foram convidados a participar da pesquisa. A dentista da USFB recusou-se a participar alegando falta de tempo. Os usuários entrevistados foram aleatoriamente sorteados dos registros

de usuários de cada ACS. Foram sorteados dois usuários por ACS e nenhum deles recusou-se a participar. A descrição dos usuários e profissionais participantes encontra-se na Tabela 1.

Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

Roteiro de entrevista. Composto de duas partes, a saber: questões fechadas a respeito de dados pessoais dos entrevistados e questões norteadoras abertas a respeito das concepções do trabalho do ACS. As questões norteadoras foram: 1) Qual o trabalho do ACS na USF? 2) Quais atividades o ACS realiza, mas que você considera que não são funções dele? 3) Quais atividades o ACS não realiza, mas na sua opinião deveriam realizar? 4) Quais atividades o ACS realiza na/e com a comunidade? 5) Quais atividades o ACS realiza na e com a equipe?

Observação participante. Foram realizadas observação das seguintes atividades instituídas que envolvem diretamente a participação do ACS: reuniões de equipe, visitas domiciliares, redação de relatórios e atividades de recepção.

Procedimentos

Para a coleta de dados, foi realizada uma entrevista semiestruturada, individualizada, com cada um dos profissionais e usuários, totalizando 25 entrevistas, com duração média de vinte minutos.

Os profissionais foram entrevistados no seu local de trabalho e os usuários em suas residências. Buscou-se preservar condições mínimas de privacidade para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas *ipsis litteris*. Foi efetuada análise temática de conteúdo (Bardin, 1977) e a apresentação dos resultados deu-se por meio de fragmentos dos discursos dos participantes e dos trechos redigidos das observações participantes. Vale ressaltar que as categorias foram elaboradas a posteriori. Para a análise dos dados, realizou-se um diálogo com as propostas norteadoras das atividades dos ACS encontradas nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e com autores da Saúde Coletiva, visando situar o estudo em relação ao campo de conhecimento no qual se insere, localizando suas bases teóricas e possibilidades de contribuições.

Com relação à observação participante, realizaram-se anotações extensas a respeito do observado num momento imediatamente posterior à observação.

Tabela 1

Caracterização dos Usuários e Profissionais Participantes em Termos de Sexo, Idade e Escolaridade e Sexo Idade e Tempo de Trabalho, Respectivamente

USUÁRIOS				
	Usuário	Sexo	Idade	Escolaridade
Unidade de Saúde da Família A	1	Feminino	48	Ensino Fundamental Incompleto
	2	Feminino	28	Ensino Médio Completo
	3	Feminino	73	Ensino Médio Completo
	4	Feminino	55	Ensino Fundamental Completo
	5	Masculino	77	Ensino Fundamental Completo
	6	Feminino	46	Ensino Superior Completo
	7	Feminino	44	Ensino Fundamental Completo
	8	Feminino	34	Ensino Fundamental Incompleto
	9	Feminino	54	Ensino Fundamental Completo
	10	Feminino	46	Ensino Fundamental Incompleto
Unidade de Saúde da Família B	1	Feminino	65	Ensino Fundamental Incompleto
	2	Feminino	31	Ensino Fundamental Incompleto
	3	Feminino	52	Ensino Fundamental Incompleto
	4	Feminino	79	Ensino Fundamental Incompleto
	5	Masculino	56	Ensino Superior Incompleto
	6	Feminino	35	Ensino Fundamental Incompleto
	7	Feminino	36	Ensino Fundamental Incompleto
	8	Feminino	20	Ensino Médio Completo
PROFISSIONAIS				
	Profissional	Sexo	Idade	Tempo de Trabalho/USF
USFA	Médico	Masculino	30	2 anos e 6 meses
	Enfermeiro	Feminino	46	8 anos
	Dentista	Feminino	49	7 anos
	Aux. de Enfermagem	Feminino	28	7 anos
USFB	Médico	Masculino	39	2 anos e 4 meses
	Enfermeiro	Feminino	28	1 ano e 5 meses
	Aux. de Enfermagem	Feminino	36	8 anos

A inserção em cada Unidade de Saúde da Família deu-se por um período de seis meses, com a frequência de três dias por semana escolhidos aleatoriamente e alternadamente.

Considerações Éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e teve como princípio a adoção dos procedimentos básicos e éticos de respeito aos voluntários e às instituições, de acordo com a Resolução nº 466, de 13 de junho de 2012 do Conselho Nacional

de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando de posse de uma cópia.

Resultados e Discussão

Por meio da análise do material, levantaram-se as seguintes finalidades das visitas domiciliares realizadas pelo ACS: informativa, entrega em domicílio, escuta e vigilância. Para apresentação de tais categorias, visando

maior visibilidade e compreensão, foram utilizados fragmentos dos discursos dos participantes e dos trechos redigidos das observações participantes.

a) Informativa

Em um primeiro momento, a função informativa das visitas domiciliares engloba a coleta de informações a respeito dos usuários, especialmente sobre o estado de saúde deles e sobre as consultas e exames já realizados e os agendados. Os participantes, baseados em suas próprias experiências, relataram como percebem o trabalho do ACS:

Ela perguntava do meu marido, dos meus meninos... assim, pergunta como que eles tá de saúde, se tem retorno, assim, pergunta isso daí, que isso é dela mesma. Acho que o agente é pra isso: perguntar se tem retorno, se não tá com nenhum problema, se tá bem. (...) se tá bem de saúde, se tem retorno, quando é o retorno, se tem alguma consulta, se não tem nenhum problema de saúde naquele, naquele tempo de quando ela veio até agora que ela voltou de novo. (Usuária 2 – USFB)

A finalidade da visita é (...) é... coletar, bã... dados é... básicos: quantas pessoas, quem é quem, a idade, tá, se tem alguma profissão, se tá trabalhando, as doenças que a pessoa refere que ela tem, os medicamentos e tratamentos que ela faz. A parte da criança: das vacinas se tão em dia. Hã... das mulheres: se fez exames preventivos, o papanicolaou, ... fazem planejamento familiar. Hã... dos homens se tem algum problema de saúde, né, a parte do trabalho em si. (Médico – USFB)

O ACS é descrito como coletor de informações dos usuários. Os questionamentos dos ACS, segundo os participantes, parecem centrar-se em aspectos biomédicos, ou seja, pressão arterial, situação vacinal, doenças do coração, uso de medicação, entre outros. Nessa mesma direção, os estudos realizados por Baralhas e Pereira (2011) e por Santos, Saliba, Moimaz, Arcieri e Carvalho (2011) apontam, também, que as ações dos ACS enfatizam os aspectos biomédicos e curativos.

Apesar da proposta de que a produção do cuidado ofertada pelo ACS leve em consideração, além das práticas individuais, o contexto social comunitário, descreve-se o trabalho do ACS na comunidade como um trabalho individualizado, ou seja, o ACS não trabalha com uma comunidade, mas trabalha dentro de cada família individualmente perguntando seu estado de saúde e oferecendo serviços. Nesse sentido, a comunidade é pensada como um local de trabalho e não como um sujeito político.

Ainda na perspectiva da coleta de informações, alguns profissionais pontuam que o ACS capta, por meio do vínculo estabelecido com os usuários, a dinâmica familiar. Como pode ser visualizado nos recortes abaixo:

Nas visitas ele traz para a equipe o olhar, né, a percepção da família de um modo mais real, né, mais real até do que a consulta individual, do que... você pode tá com um paciente no consultório, ele pode te falar mil coisas, colocar... né, se você dar um tempo pra ele, ele fala mesmo (...) então essa... essa experiência que ele traz, essa visão dele é importante pra poder enxergar mais esse paciente como um todo, não só o pouco ali que ele conversa comigo ou nas consultas individuais, entende? Então é isso que eu acho, enriquece o meu trabalho nesse sentido, né, de maior conhecimento das pessoas e das famílias, da comunidade. Então é isso. (Dentista – USEA)

E... acho que fazer esse vínculo também, né, com as pessoas e entre a equipe e as pessoas, né, fazer esse papel de olhos e ouvidos da equipe, então eu acho que esse é o principal trabalho das agentes (...) eu acho que a principal finalidade do trabalho do agente comunitário é mesmo fazer essa ligação com a equipe. Fazer esse papel. Eu sempre digo, por exemplo, que eu conheço a minha comunidade, mas conheço graças a elas, né, que elas que me trazem as informações, quem são as pessoas, onde eles moram, como eles moram. Porque eu... eu em oito anos que eu tô aqui não consegui visitar todas as famílias ainda, né. Mas eu sei porque elas olham e me trazem a informação. (...) A gente troca essa informação. Então eu acho que o principal trabalho delas é mesmo essa coisa de trazer as informações pra equipe através dessa busca domiciliar que elas fazem. (Enfermeiro – USEA)

Corroborando o estudo de Carli et.al. (2014), o vínculo estabelecido permite ao ACS uma inserção diferenciada nas famílias acompanhadas, o que facilita o contato com vivências que, segundo os profissionais, dificilmente seriam compartilhadas com os demais membros da equipe. O ACS é descrito, portanto, como o responsável por captar, por meio do vínculo estabelecido, “a realidade” vivida pela família, ou seja, dados relativos ao contexto familiar e social de tais usuários.

Por outro lado, trazer informações para o restante da equipe é, segundo uma enfermeira, constituir-se em “olho e ouvidos da equipe” (sic). Nesse sentido, o ACS parece exercer uma vigilância em relação à comunidade, informando à equipe o que acontece com os usuários. A equipe conhece a realidade de alguns usuários apenas por meio das informações fornecidas pelos ACS.

Considera-se que o foco do trabalho das visitas domiciliares na busca de informações pelo ACS parece cindir e delimitar funções específicas para o trabalho de cada profissional da equipe: ao ACS caberia conhecer as situações concretas de vida dos usuários/família/comunidade e, aos demais profissionais, caberia atuar tecnicamente mediante o conhecimento de tais informações. Nesse sentido, pode-se problematizar que a atuação em equipe multidisciplinar prevista pela Portaria nº 2.488/2011, de 21 de outubro, vem sendo desenvolvida, na prática, como divisão segmentada de trabalho e que se faz necessário avançar na complementariedade, na convergência entre os vários campos do saber, compreendendo o valor da contribuição de cada profissional para o cuidado integral do usuário.

Apesar da transmissão de informações ser valorizada pelos profissionais, os médicos pontuam que tais informações carregam a visão pessoal do ACS sobre a realidade vivida pelos usuários, cabendo ao profissional captar o caráter objetivo das informações, retirando a intersubjetividade presente, conforme ilustrado nos recortes abaixo:

Bom, de imediato assim, o que eu penso é que a própria discussão de família, que a gente tem de manhã elas contribuem muito pro serviço médico, tá, porque trazem, assim, assuntos de relevância, claro que – como você viu, né – às vezes com um certo apelo emocional que deixa a gente até um pouco preocupado e tal. (...) Mas de qualquer forma ajuda no sentido de que a gente também participa, fica sabendo qual que é o contexto da família, tenta ajudar da melhor forma possível o indivíduo e a família como um todo. (Médico – USEA)

Às vezes o agente, ele interpreta uma situação dentro da... da... formação cultural dele, né, ele não é... ele não tem formação é... de enfermagem nem médica, né, então muitas vezes ele cria uma fantasia na cabeça dele que ele viu e traz em discussão. Então, o nosso papel na discussão de família é mostrar pra ele o que é realmente aquilo que aconteceu, que tá acontecendo com aquela pessoa, né, e porque que foi tomada essa conduta e não outra, porque ele traz também... uma cultura da comunidade aqui dentro. Então, muitas vezes essa cultura, ela tá equivocada em alguns assuntos e a gente tem que fazer, trabalhar com ele, né, pra depois ele devolver a informação pra família, informação correta. As pessoas reclamam muito 'ah, porque o médico fez isso, a enfermeira fez aquilo, porque que não fez isso?' a gente depois mostra né 'ó, a gente não fez isso por causa disso, porque o problema dele é esse e não é esse, né'. Não tem jeito de você é... tirar isso da pessoa, isso é da formação dele, da pessoa humana. (Médico – USFB)

Segundo o médico, deter uma formação médica ou de enfermagem evitaria que o ACS interpretasse determinadas situações baseado em “fantasias” (sic). Ter a formação cultural do ACS e basear-se nela para atuar é, segundo o médico, por vezes equivocarse, cabendo aos profissionais que detêm a formação especializada “corrigir” os ACS. Nesse sentido, o trabalho em saúde parece estar assentado na dicotomia certo/errado e saber/não saber, sendo os demais profissionais da equipe de saúde os detentores do saber que se distanciam do ACS pela hierarquização possibilitada por tal dicotomia. A perspectiva da Estratégia Saúde da Família de que o ACS seria a voz da comunidade na equipe, nesse contexto parece desvitalizada, uma vez que se insere numa cultura meritocrática, que valoriza sobremaneira o nível de instrução, como forma de autoridade e poder.

Ainda a respeito da finalidade informativa das visitas domiciliares, aponta-se também a função de oferecer informações aos usuários a partir de questionamentos de seu estado de saúde. Tal trabalho é descrito como sendo o trabalho de orientar, acompanhar e prevenir, conforme pode ser observado no relato abaixo:

Elas passam pra orientação. Tá sempre orientando a gente, pra saber se tá acontecendo algum... se você tá com algum problema de saúde, (...) ela pergunta de todos... de todo mundo: o que que tá acontecendo, se tá bem, o que que... se tem alguma consulta marcada ela avisa 'ó, a tua consulta tá marcada', ela tenta orientar a gente o máximo possível. (...) porque às vezes a gente tá com uma consulta agendada e elas não deixam a gente perder porque elas passam e falam 'ó, você tem uma consulta'. (...) você vê que dona de casa, né, tem criança na escola, tem marido trabalhando, tem horário, você esquece... eu já perdi (...) um dia que eu tava com problema, né, aí elas... foi bom que elas veio aquele dia porque eu não tava sabendo o que eu ia fazer, né. Aí elas falaram pra mim 'não, vai lá no postinho que o doutor X. (cita o nome do médico) ou alguém te atende, né'. E foi assim que eu mudei pra cá, eu não sabia se podia ir. (Usuária 7 – USEA)

Ao chegar numa residência, ACS1 diz que veio só para avisar que a usuária tem consulta amanhã às 13:30 e diz 'tá vendo que importante que você é, eu vim aqui só pra te lembrar da consulta (fala em tom de ironia). Vê se não esquece, viu'. A mulher pede para ela avisar também seus filhos e ACS1 diz que já falou para eles. (Observação participante; visita domiciliar; 04/06/09; ACS1; USEA)

Os usuários concebem como “orientação” (sic) o questionamento do ACS a respeito do estado de saúde de todos os moradores da casa; o aviso de suas

consultas agendadas; o esclarecimento de suas dúvidas, geralmente centradas no funcionamento do serviço de saúde; e encaminhamento dos usuários à Unidade de Saúde da Família. Ao descrever o ACS como o responsável por fornecer orientações a respeito do funcionamento dos serviços de saúde ou sobre determinadas doenças, os usuários atribuem ao ACS um saber que lhe permite oferecer aos usuários tais informações. Mas, ao mesmo tempo, o fato de esperar o ACS ir até sua residência para obter informações e/ou ser lembrado de seus compromissos agendados no serviço de saúde pode demonstrar uma passividade do usuário e um paternalismo do ACS.

Por meio da análise das observações participantes das visitas domiciliares, percebeu-se que as orientações fornecidas aos usuários pelos ACS também assumem a função de dizer a eles as atitudes corretas a tomar. Nesse sentido, as orientações aparentam ter finalidade impositiva, ou seja, fazer com que o usuário siga a orientação dada pelo ACS.

ACS5 pergunta se a senhora está bem e ela diz que sim. ACS5 pergunta se ela tem ido medir a pressão e ela diz que não. ACS5 fala que precisa ir porque tem gente que não sente que está com a pressão alta. A mulher diz que com ela acontece exatamente dessa forma e ACS5 diz 'tá vendo, tem que medir. Senão dá um enfarto e cê nem vê'. A mulher diz que se der um enfarto já morre e pronto e ACS5 diz que 'se morrer tudo bem, mas e se ficar numa cama?! Por isso tem que medir'. (Observação participante; visita domiciliar; 20/07/09; ACS5; USEA)

Apesar da importância de tais orientações fornecidas pelo ACS, questiona-se a forma como ele realiza tais orientações, assumindo uma postura de detentor de um saber, utilizando-se inclusive, em alguns momentos, de um discurso amedrontador e punitivo para convencer o usuário a fazer o que o ACS considera como correto. Sendo assim, parece que o interesse do ACS centra-se mais no cumprimento do que é prescrito (ir constantemente aferir a pressão arterial, por exemplo) e não nas possíveis dificuldades que os usuários encontram em cumprir tais orientações. Essa forma de atuação prática do ACS parece explicitar os desafios dos programas de formação continuada, que poderiam abarcar, a partir das experiências, discussões acerca da subjetividade e intersubjetividade, da relação interpessoal, do processo saúde-doença, de questões abstratas como liberdade, respeito, solidariedade, entre outras. O ACS parece reproduzir o discurso e a prática em saúde, próprias do modelo biomédico, e coloca-se

perante a comunidade na posição do detentor do saber, ocupando uma posição hierárquica em relação aos usuários por deter esse saber.

Bornstein, Morel, Pereira e Lopes (2014) em trabalho sobre os desafios e perspectivas da Educação em Saúde na prática do ACS, pontuam que o trabalho educativo do ACS realizado nas visitas domiciliares está centrado nas doenças. Os autores reforçam que o caráter normativo e a burocratização do trabalho do ACS reduzem o potencial criativo do trabalho e a ampliação da competência cultural das equipes, reproduzindo a lógica assistencial hegemônica.

Na mesma direção, Brigagão e Gonçalves (2009) reforçam a dificuldade do ACS em romper com o modelo tradicional dos serviços de saúde centrado na doença, numa perspectiva tecnicista biológica, focado no indivíduo e culpabilizador dele por sua situação de saúde/doença. Gomes et. al. (2009) também pontuaram que as orientações feitas pelos ACS acontecem de forma individualizada, centradas no reforço da assistência médica. De acordo com Wai (2007), o ACS, diante da frustração por não ter suas orientações seguidas pelos usuários, tende a reproduzir uma visão rígida dos modos de fazer em saúde, assumindo o papel de autoridade, com certa idealização da verdade absoluta quanto ao que preconizam.

b) Entrega em Domicílio

Além das informações repassadas pelo ACS aos usuários durante as visitas domiciliares, os participantes consideram que as visitas têm como finalidade a entrega de diversos produtos e/ou serviços, a saber: agendamento de consultas, entrega de encaminhamentos, de receitas e de remédios, dentre outros. O relato a seguir ilustra essa compreensão:

Remarcar consultas, que ela remarca, né. (...) aí se no caso, às vezes tiver atrasado [consulta], aí ela remarca, né. Traz encaminhamento de exames, de pedido de exames, isso ela traz também. Remarca também pra gente, que às vezes alguém não pode ir. Pra quem trabalha, igual eu mesmo não, né. Às vezes até pra quem não trabalha ela leva também. (...) leva encaminhamento. Se tiver de levar pra lá ela leva também ou traz também. Traz algum pedido de exame ou encaminhamento pra pessoa ir pra algum lugar. Às vezes tem alguma coisa que a gente também não tá sabendo ela vem avisar que tá marcado em algum lugar e a gente tem que ir pra não ter que remarcar. Ela é boa. (Usuária 2 – USFB)

Já foram entregar receita pra minha mãe, entendeu? Já vir entregar na casa da vizinha a receita. Porque às vezes a gente

vai lá e não tem tempo depois de ir buscar, se ela vai fazer a visita 'ó, tá aqui a sua receita. Ó, chegou, tá aqui'. Então o trabalho deles é ótimo, é muito bom. (Usuária 6 – USFB)

Corroborando o descrito por Gomes et. al. (2009), destaca-se, que o papel do ACS nas visitas domiciliares é também de entregar guias de encaminhamentos, receitas e remédios e realizar agendamentos de consultas. Nesse sentido, novamente o trabalho do ACS na comunidade é descrito como um trabalho realizado individualmente por meio da entrega em domicílio. Descreve-se que tal trabalho é feito visando facilitar a vida do usuário que trabalha e não precisa utilizar seu tempo para ir a USF marcar ou buscar pedidos de exames e agendar consultas. Merhy (1997) aponta a importância da produção de autonomia dos usuários, sendo esse, para o autor, um sinal de saúde. Nesse sentido, considera-se que o ACS ao assumir tais funções, pode estar reproduzindo um modelo assistencialista / tutelar, produzindo, ao contrário do proposto, posturas passivas por parte dos usuários em relação a suas necessidades.

c) Escuta

As visitas domiciliares também foram descritas, de acordo com os participantes, com a finalidade de oferecer e permitir o acolhimento, a escuta e a construção de vínculos, possibilitando ao ACS a realização de um trabalho ampliado em comparação ao trabalho dos demais profissionais.

Eu acho que ele é uma ponte de ligação entre o paciente e o núcleo. Eu acho que ele é... pra falar a verdade eu acho o serviço... claro que cada um tem a sua função, mas eu acho que o serviço dele é tão importante ou mais importante do que até quem fica ali no postinho de... de enfermeira, de recepcionista porque quem vê as necessidades de cada família é quem passa na porta. (...) Porque eu vou falar a verdade: eu sinto muito mais interesse delas na porta da gente do que quando eu vou no Núcleo, porque lá eles falam 'fulano, faz isso, faz aquilo'. Não para pra perguntar 'tá tudo bem?' porque não é a função dela. Agora, já é a função dela, do agente comunitário. Ele escuta a gente, o posto não escuta a gente, mesmo que é o Núcleo, ele não escuta você. Eles não sabem o que tá acontecendo na sua vida, mas ela sabe por que todo mês ela passa e conta a história da vida do mês inteiro. (Usuária 6 – USE4)

A valorização das visitas domiciliares realizadas pelo ACS perpassa, segundo os usuários, a questão da escuta, do acolhimento e do interesse que o ACS demonstra pelas vivências dos usuários, ampliando sua

atuação para além da preocupação com a doença. O contato próximo entre ACS e usuário e a presença e o apoio do ACS em momentos adversos – por meio da realização das visitas domiciliares – faz com que os usuários descrevam os ACS como “amigos” (sic), “anjos da guarda” (sic) e “confidentes” (sic), como pode ser observado nos relatos abaixo:

São assim: amigos. Muito mais que amigos porque já me socorreram assim, em problemas muitos difícil. (...) Eu acho que eles, assim, são os anjo da guarda, nosso, assim, do dia a dia. Porque se não fosse eles, que sempre eles tão vindo. Toda hora eles tão vindo. (...) [anjo da guarda] porque no começo da gravidez, se não fosse eles, eu tinha perdido ele (o filho) (fala emocionada). Porque eu sofri um acidente. Eu fui fazer um exame e eu caí, lá na X. (cita o nome do Ambulatório de Especialidades). Aí como eu desmaiei a placenta saiu do lugar. Eu cheguei lá, assim, em desespero. Chorando. Ali no núcleo. Aí as meninas 'calma, não é assim. Calma. Vamos ter calma'. Se não fosse os agentes comunitários eu jamais iria ter calma de ver aquele... será que vai sair, será que não vai... entendeu? Me orientaram como eu deveria ter feito, fazer... é... depois que me socorreram tudo direitinho, consegui passar pelo médico, né. (...) E esse tempo todo que eu fiquei de repouso... assim, sempre eles tavam vindo aqui pra ver como é que eu tava. Entendeu? Por isso que eu te falo: são os anjos da guarda. Só não vem de noite, porque não abre de noite (risos). Só não vem de noite porque não trabalha a noite, porque durante o dia, filha, sempre tem alguém andando por aí. (Usuária 6 – USFB)

A primeira que eu vejo é confidente, tadinho. Porque acompanha tantos problemas que eu atravesso, você entendeu? É tudo de bom. Ele é confidente e que guarda sigilo. Segredos. Tá vendo. E tem hora que você tem necessidades disso, né: em ter uma pessoa em quem você pode confiar pra contar os problemas. (Usuária 3 – USFB)

ACS3 diz que se um dia tiver condições de ajudar alguém vai ajudar uma das noras de um usuário e me conta a história de vida dela: perdeu a mãe quando era criança e cuida do pai que é alcoólatra. ACS3 conta que a menina sempre se cuida e faz todos os exames preventivos. Diz que faz tempo que mora com o moço e nunca engravidou. ACS3 diz que a única coisa que ela não fazia era tomar vacina porque tinha medo. Um dia ACS3 disse que tinha uma vacina dela própria atrasada e que ela também tinha medo de tomar vacina e chamou a menina para ir tomar com ela. A menina foi e ACS3 tomou vacina primeiro e a menina ficou olhando. Quando foi a vez dela, ela ficou com medo e ACS3 disse para ela tomar uma e se sentir dor não tomaria as outras. A menina tomou e disse que não doeu nada e tomou todas as outras. ACS3 disse que sente muito

orgulho dessa menina e do fato de ACS3 ter podido ajudá-la nesse ponto. (Observação participante; visita domiciliar; 30/06/09; ACS3; USEA)

Como anjo da guarda, descreve-se tanto a presença constante do ACS (“sempre... andando por aí” (sic)) quanto à confiança e a ajuda oferecida por ele (“se não fosse eles, eu tinha perdido [o bebê]” (sic)). Na descrição da vivência da possibilidade da perda do filho, a usuária enfatiza o papel do ACS diante do desespero: acalmar, orientar e estar sempre presente. Parece que mais do que a presença física do ACS, a relevância dele constitui-se no fato do usuário saber que tem alguém com quem contar.

Além disso, uma usuária aponta que o ACS é uma pessoa de confiança para se compartilhar “até” (sic) os problemas. Nesse sentido, estar na porta da casa da usuária permite ao ACS acompanhá-la em suas adversidades e, conseqüentemente, acolher as diversas formas de problemas que não apenas os de doenças.

Por sua vez, uma ACS relata que durante a realização de visitas domiciliares sensibilizou-se com o problema de uma usuária e desenvolveu o desejo de ajudá-la. A ACS descreve um momento específico em que sua presença ao lado da usuária foi transformadora para si e para o outro, uma vez que conseguiu ajudá-la a perder o medo de tomar vacinas. Nesse sentido, o ACS parece se responsabilizar junto ao usuário pelo cuidado deste, ou seja, mais do que orientar a respeito da importância de se manter a situação vacinal em dia e das conseqüências negativas do não cumprimento, o ACS pode estar junto do usuário e desmistificar seus medos. Poder corresponsabilizar-se pela saúde do usuário parece dar um sentido ao próprio trabalho.

d) Vigilância

A realização das visitas domiciliares também foi apontada pelos participantes com a finalidade de vigilância, a saber, fiscalizar o cumprimento das prescrições recebidas na Unidade de Saúde. Segundo os profissionais, a vigilância também inclui a busca ativa aos usuários faltosos.

Ah eu acho que é muito importante. Eu acho que é importante, porque... olha, muitas vezes eu falo isso por mim, por experiência minha, muitas vezes nós somos relaxados, porque muitas vezes a gente não tem tempo pra gente. Quando ele chega na visita, a gente fica até com vergonha porque a gente fala ‘ih, não fiz isso, olha, ele vai me cobrar’. Aí o que que a gente faz: a gente já procura sanar isso e o mês que vem já tá com as coisas em dia pra explicar pra ela, entendeu? (risos)

muitas vezes é aquela cobrança que pai e mãe faz, né? (risos) (Usuária 6 – USEA)

Vem... toda semana ela passa por aqui, ver os cartão das vacinas, se tá atrasado, das crianças, dos adultos também. É isso que ela faz: (...) me enche o saco pra tá indo medir a pressão, tomar o remédio direitinho. (...) Quando falta ela... ela me dá mais bronca porque não pode deixar faltar nenhum dia. (...) [faltar] o remédio também. (...) a consulta também (risos). Ela reclama. (Usuária 10 – USEA)

ACS5 diz que agora nos finais de reunião de discussão de casos, a enfermeira está passando o nome dos pacientes agendados no dia para os agentes irem avisando quando estão fazendo visitas. O coordenador fala ‘ah, legal’ e a enfermeira diz que visivelmente diminuíram os números de faltas. ACS3 fala ‘também, a gente passa lá no dia e fala, vai lá hoje que tem consulta’. (Observação participante; reunião administrativa; 18/09/09; USEA).

ACS4 chama a usuária e ela sai lá fora. A usuária tem diagnóstico de depressão. ACS4 pergunta se ela não foi trabalhar e ela diz que está com dor de dente e não conseguiu ir. ACS4 em seguida fala ‘porque você não levou seus filhos na fonoaudióloga?’ e a mulher perguntou ‘mas tinha marcado?’ e ACS4 disse a data e o horário e acrescenta ‘agora nem sei mais se tem jeito de marcar de novo’ e a mulher diz que deve ter esquecido porque não pregou o dia em um papel na geladeira e nem se lembrou que eles tinham consulta. (Observação participante; visita domiciliar; 20/10/09; ACS4; USEA)

Descreve-se como trabalho preventivo o “monitoramento” (sic) realizado pelo ACS quanto ao cumprimento das prescrições e ao aviso das faltas dos usuários às consultas agendadas, apontando a importância de tal trabalho como forma de ajuda ao usuário já que o ACS responsabiliza-se por não deixar o usuário “relaxado” (sic) em relação aos cuidados com sua saúde. Nesse sentido, o ACS assume a função cuidadora de “pai e mãe” (sic) e reproduz o modelo paternalista/tutelar de atenção à saúde, em detrimento do desenvolvimento da autonomia.

Por outro lado, pode-se afirmar que o usuário sente-se no dever de dar satisfação ao ACS de suas atitudes em relação às prescrições, por considerá-lo figura de autoridade que demonstra não só cuidado, mas também repreensão que “dá bronca” (sic), “fica brava” (sic) e “enche o saco” (sic). Nesse sentido, os usuários parecem assumir o lugar de “filhos” passivos que dependem de um controle externo para conseguir cumprir seus compromissos/deveres.

Flores (2007), em estudo sobre a formação do ACS enquanto educador em saúde, descreve que, ao mesmo tempo em que o ACS se percebe uma autoridade perante a comunidade, esta é vista por ele como um filho dependente, desinformado e que precisa de ajuda para adquirir conhecimentos.

Na tentativa de fazer com que os usuários sigam as prescrições, o ACS os amedronta por meio da descrição de possíveis efeitos maléficos de suas atitudes, como por exemplo, o fato de não conseguir outra consulta com o fonoaudiólogo. Por outro lado, há um processo de culpabilização da própria usuária, ou seja, a não obtenção dos resultados esperados está associada ao fato da usuária não ter cumprido o que foi prescrito a ela.

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, descrita na Portaria nº 2488/2011, de 21 de outubro, a equipe de saúde da família tem como uma de suas atribuições realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória. A Lei nº 11.350/2006, de 05 de outubro que descreve as atribuições do ACS, aponta que ele deve realizar visitas domiciliares também com a finalidade de monitorar situações de risco. Nesse sentido, a busca ativa de determinados faltosos contempla a vigilância e monitoramento de usuários em situação de risco, mas considera-se que tal trabalho deve ser problematizado: pode ser entendido como de extrema importância em casos quando o usuário não detém por si só condições de cumprir com seus compromissos agendados e encontra-se em situação de risco. Em tal situação, o ACS juntamente com a equipe pode entender as razões da falta e pensar formas de ajuda a esse usuário. Mas, se realizado indiscriminadamente (passar na casa de todos os usuários para avisá-los das consultas agendadas), também, pode ser entendido como forma de destituir o usuário de autonomia nos modos de andar a vida por meio de uma postura assistencialista por parte do ACS, criando uma relação ACS-usuário marcada pela dependência deste. Para evitar indicadores desfavoráveis como o alto índice de faltas às consultas médicas, toma-se por pressuposto o fato de que todos os usuários são potencialmente faltosos e realiza-se um trabalho indiscriminado de convocação para as consultas e não se problematiza o porquê de tais faltas.

Cardoso e Nascimento (2010) enfatizam, além da predominância do modelo de atuação centrado na doença, o caráter fiscalizador e prescritivo das práticas dos agentes comunitários de saúde. Nesse sentido, aponta-se a necessidade de que a formação continuada

em saúde problematize o fazer em saúde, colaborando para a transformação de tal fazer.

Considerações Finais

Inicialmente ressalta-se a importância para o processo de mudança no campo da saúde pública a inserção do ACS como um profissional da saúde. Os relatos dos participantes referendam o valor desse profissional e apontam para um trabalho marcado por fazeres que denotam acolhimento, vínculo e cuidado. Por outro lado, por meio das entrevistas acerca das finalidades das visitas domiciliares, pode-se perceber uma distância entre as atividades realizadas pelos ACS e as proposições legais de tais atividades. Apesar das diretrizes nacionais para a Saúde da Família preverem uma série de ações visando o cuidado em saúde, pautado na comunidade e na família, com valorização da produção de vínculo, ainda permanece muito presente atuações pautadas em modelos assistencialistas/tutelares e individualistas.

Nesse sentido, percebe-se a necessidade de formação continuada dos ACS que abarque discussões acerca da subjetividade e intersubjetividade, refletindo sobre o processo saúde-doença e seus determinantes sociais, o trabalho em equipe, as concepções de família, comunidade, liberdade e autonomia dos usuários, e as políticas de saúde. E ainda, possa problematizar o lugar que o ACS ocupa na equipe, visando oportunizar uma participação mais reconhecida e valorizada.

A realização das visitas domiciliares com o intuito de coletar e levar informações e fiscalizar o cumprimento de prescrições médicas fragiliza a atuação comunitária do ACS no sentido de lutar por melhorias da saúde da comunidade como um todo – o que envolve um olhar para os recursos existentes e recursos a serem adquiridos pela comunidade, englobando questões como trabalho, educação, lazer e moradia. Volta-se a atuações assistencialista e paternalistas, distantes do papel político que as equipes de Saúde da Família e o ACS, como novo ator social, poderiam assumir tanto no sentido de questionar práticas vigentes quanto no sentido de lutar por direitos da comunidade.

Considera-se como limitações do presente estudo o fato de que ele representa um recorte acerca das finalidades das visitas domiciliares a partir da perspectiva de usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família e que foi realizado em uma cidade de médio porte do interior paulista em duas Unidades de Saúde da Família. Apesar disso, acredita-se que essa pesquisa

contribua para novas reflexões sobre o trabalho do agente comunitário de saúde, levando em consideração as contradições e necessidades de mudanças que perpassam tal práxis. Aponta-se, ainda, que este estudo também sirva de base e estímulo para o desenvolvimento de outras pesquisas na área da saúde que possam, por exemplo, construir e avaliar novas possibilidades de atuação desse profissional.

Referências

- Anéas, T. V., & Ayres, J. R. C. M. (2011). Significados e sentidos das práticas de saúde: A ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38), 651-662. doi: 10.1590/S1414-32832011000300003
- Baralhas, M., & Pereira, M. A. O. (2011). Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 31-46. doi: 10.1590/S0103-73312011000100003
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bornstein, V. J., Morel, C. M., Pereira, I. D. F., & Lopes, M.R. (2014) Desafios e perspectivas da educação popular em saúde na constituição da práxis do agente comunitário de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18(suppl. 2), 1327-1340. doi: 10.1590/1807-57622013.0437
- Brasil. (2009). *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.
- Brigagão, J. I. M., & Gonçalves, R. (2009) Oficinas de promoção de saúde: Discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitárias de saúde. *Paidéia*, 19(44), 387-393. doi: 10.1590/S0103-863X2009000300013
- Cardoso, A. S., & Nascimento, M. C. (2010). Comunicação no programa saúde da família: O agente de saúde como ela integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(suppl. 1), 1509-1520. doi: 10.1590/S1413-81232010000700063
- Carli, R. D., Costa, M. C., Silva, E. B., Resta, D. G., & Colomé, I. C. S. (2014). Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*, 23(3), 626-632. doi: 10.1590/0104-07072014001200013
- Flores, O. (2007). *O agente comunitário de saúde: Caracterização da sua formação sócio histórica como educador em saúde* (Tese de doutorado). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2007). Programa de saúde da família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. Em E. E. Merhy, H. M. Magalhães Júnior, J. Rimoli, T. B. Franco & W. S. Bueno (Eds.), *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (4a ed.) (pp. 55-124). São Paulo: HUCITEC.
- Gomes, K. O., Cotta, R. M. M., Cherchiglia, M. L., Mitre, S. M., & Batista, R. S. (2009). A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: Reflexões estratégicas. *Saúde e Sociedade*, 18(4), 744-755. doi: 10.1590/S0104-12902009000400017
- Guizardi, F. L., & Pinheiro, R. (2005). Quando dádiva se transforma em saúde: Algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. Em R. Pinheiro, & R. A. de Mattos (Eds.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp.37-56). Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002 (2002). Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10507.htm
- Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 (2006). Regulamenta o § 5 do artigo 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, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm
- Merhy, E. E. (1997) Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. Em: E. E. Merhy & R. Onoko (Ed.). *Agir em saúde: Um desafio para o público*. (pp.71-112). São Paulo: HUCITEC.
- Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. (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, DF. Recuperado

de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Santos, K. T., Saliba, N. A., Moimaz, S. A. S., Arcieri, R. M., & Carvalho, M. L. (2011). Agente comunitário de saúde: Perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(suppl.1), 1023-1028. doi: 10.1590/S1413-81232011000700035

Wai, M. F. P. (2007). *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de*

sobrecarga e mecanismos de enfrentamento (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Recebido em: 13/07/2015

1ª Reformulação em 05/11/2015

2ª Reformulação: 06/12/2015

Aceito em: 15/12/2015

Sobre as autoras:

Viviane Milan Pupin Andrade é Psicóloga e Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

E-mail: vivianepupin@hotmail.com

Cármem Lúcia Cardoso é Psicóloga e Professora Associada do Departamento de Psicologia e credenciada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

E-mail: carmen@ffclrp.usp.br

Contato com as autoras:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900
Ribeirão Preto-SP, Brasil
CEP: 14040-901
Telefone: (16) 33153660