

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE SÃO PAULO

Dra. Joana Azevedo da Silva¹

“Um aspecto que, pode-se considerar, representa, evidencia e promove uma semelhança entre todos os agentes de quaisquer dos programas e ou contextos considerados: a satisfação por desenvolverem um trabalho que consideram útil e a sensação de orgulho quando constatam que o seu esforço é reconhecido pela comunidade e pela instituição, organizações às quais, eles entendem, devam dar satisfações acerca do seu trabalho.”

Neste capítulo pretendemos caracterizar o perfil, as opiniões e as expectativas dos agentes comunitário de saúde no programa de saúde da família no município de São Paulo em dois momentos: no programa QUALIS (1999) e no PSF da SMS/SP (2004)

Nessa linha de trabalho, para os próximos anos, esta Estação de Trabalho do Observatório de Recursos Humanos SES/SP, CEALAG e FGV/SP cuidará de:

- recuperar a história e analisar a trajetória do ACS no país, sua identidade, suas concepções e expectativas e seu deslocamento para grandes cidades, capitais de estados e áreas metropolitanas;
- caracterizar os ACS que atuam no PSF da cidade de São Paulo, estudando a sua trajetória e a conformação de sua identidade, suas opiniões, concepções e representações desde o Programa QUALIS , implantado pelo Governo do Estado de São Paulo em unidades estaduais da capital paulista, até a sua inserção em uma política pública municipal, o PSF, implantado a partir de 2001.

Nessa trajetória, a Estação cuida de contribuir para a compreensão e a conformação de identidades ocupacionais ou profissionais no interior de um projeto de relação Estado - Sociedade, em especial em relação aos agentes comunitários de saúde, de caracterizar seu perfil em áreas metropolitanas, suas concepções, perspectivas e

¹ Doutora em Saúde Pública - FSPUSP

necessidades, cumprindo a função da instituição acadêmica de apoiar a gestão dos diferentes níveis do SUS na concepção, implantação, monitoramento e avaliação de políticas públicas, no caso especial, dessa estratégia cuja proposta é a reordenação da atenção básica à saúde e, a partir desse nível, do sistema de saúde.

Nesse sentido e nessa perspectiva, várias são as aproximações, vários são os olhares de que se necessitam. Essas diferentes e sucessivas aproximações serão necessárias para melhor apropriação desse objeto de estudo.

Os dados, informações e comentários aqui apresentados tomaram por base ou são oriundos, além de documentos oficiais, de bibliografia especializada, em sua maioria, de dois estudos que buscaram avaliar o perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo.

Entretanto, essa comparação não era o objetivo central deste primeiro Relatório. Pretende-se oferecer uma fotografia do agente comunitário de saúde, sujeito privilegiado de sua realização, em dois momentos diferentes:

Em um primeiro momento, desembarcando na megalópole São Paulo, no bojo de um projeto prioritário da Secretaria de Estado da Saúde em articulação com o Ministério da Saúde e com instituições, Organizações Sociais da Saúde, em três regiões da cidade (Leste, Norte e Sudeste) e para populações específicas, como um Projeto, o Programa QUALIS. O QUALIS emergiu em contraposição à política oficial municipal para a saúde – o Programa de Assistência à Saúde. Naquele momento, em 1999, foram entrevistados e tiveram o seu trabalho observado, 40 agentes comunitários de saúde que atuavam em 10 equipes - das 89 equipes existentes - de 10 unidades básicas de saúde selecionadas mediante critérios.

Em um segundo momento, um segundo estudo, em 2004, já o Programa de Saúde da Família implantado na cidade de São Paulo, envolvendo praticamente todas as regiões da cidade, com uma cobertura de quase 30% da população, como política pública municipal para a saúde, estratégia de organização da atenção básica à saúde no município. Participaram do estudo 3 233 agentes comunitários de saúde do total de 4 688 que, naquela ocasião, trabalhavam no PSF da cidade de São Paulo. Nessa ocasião, o município de São Paulo já estava integrado ao Sistema Único de Saúde em regime de Gestão Plena do Sistema. As unidades de saúde estaduais e as equipes do Programa QUALIS (218) já haviam sido municipalizadas entre 2001 e 2002.

Uma melhor caracterização dos dois estudos torna-se necessária, em termos de:

Natureza, cenário e objetivos:

1º. Estudo:

Uma pesquisa avaliativa da implantação do Programa QUALIS, inserida em um Projeto maior de avaliação do QUALIS, com financiamento da FAPESP (Jatene AD, Novaes HMD, Malik AM, Goldbaum M, Marsiglia RG, Silva JA, Seixas P. *Novos modelos de Assistência à Saúde: Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo*. São Paulo: FAPESP; 2000), a qual tinha como objetivos:

- Recuperar a história e analisar a trajetória do PSF no país e de vida dos ACS do QUALIS, suas motivações, seus objetivos;
- Conhecer o Programa QUALIS, as motivações, as intervenções, as prioridades;
- Avaliar a implantação do Projeto com ênfase no grau de implantação, na processo de viabilização, na atuação, concepções e expectativas dos seus sujeitos e na prática dos agentes comunitários de saúde.

A partir dessa pesquisa, em relação ao Agente Comunitário de Saúde do Programa QUALIS, foram desenvolvidos estudos e análises mais aprofundados: (Silva JA. *O Agente Comunitário de Saúde do Programa QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?* São Paulo; 2001 - Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP) e (Silva. J.A.e Dalmaso, A. S. W. *O Agente Comunitário de Saúde; o ser , o saber, o fazer*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2002) com o objetivo de analisar a constituição de identidades ocupacionais ou profissionais no interior de um projeto de relação Estado - Sociedade, em especial em relação aos agentes comunitários de saúde, de caracterizar seu perfil em áreas metropolitanas, suas perspectivas e necessidades.

Tendo em vista a época em que foi realizada, a pesquisa de 1999 contemplou a participação de duas Instituições Parceiras: a Fundação Zerbini, com UBS nas regiões Sudeste e Norte da cidade, e a Casa de Saúde Santa Marcelina, com UBS na região Leste da cidade. Conforme já descrito, essas foram as parcerias que iniciaram o

QUALIS, na cidade de São Paulo, através do convênio com a Secretaria de Estado da Saúde.

2º. Estudo

O estudo de 2004, já na época de funcionamento do PSF como política pública municipal, foi concebido e o instrumento aplicado pela Coordenação da Atenção Básica e PSF da Secretaria Municipal de Saúde, em cooperação técnica com a UNESCO, no sentido da coleta de dados para a gestão do sistema e a gerência da estratégia. Os profissionais das equipes de saúde da família, inclusive os agentes comunitários de saúde, foram convidados a comparecer a um evento de capacitação e, nesse, foi-lhes apresentado um questionário para preenchimento. Após a coleta, os dados foram analisados pela Profa. Regina Marsiglia, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que elaborou documentos técnicos e os entregou à Secretaria Municipal de Saúde. Devidamente autorizados pela gerência municipal do Programa, esses documentos técnicos e os próprios questionários preenchidos constituem-se em fontes de dados para esse e para futuros Relatórios e Documentos Técnicos.

População alvo

1º. Estudo:

A pesquisa envolveu 40 agentes comunitários de saúde que atuavam nas três regiões (Leste, Norte e Sudeste) onde estava implantado o Projeto através de parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina e com a Fundação Zerbini. Esses 40 agentes integravam as equipes de 10 das 89 unidades estaduais da cidade que trabalhavam sob as diretrizes do Programa QUALIS.

2º. Estudo:

Dos 4.688 Agentes Comunitários de Saúde que se encontravam em atividade, no mês de agosto de 2004 no Programa de Saúde da Família do município de São Paulo,

3.263 participaram da pesquisa desencadeada pela Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação da Atenção Básica e PSF, com o objetivo de conhecer os profissionais do PSF, ouvir opiniões e sugestões, tendo em vista a consolidação da estratégia e o fortalecimento da atenção básica para o atendimento à saúde da população da cidade.

Em relação à participação na pesquisa, das 189 Unidades Básicas de Saúde do município que trabalhavam com a estratégia de saúde da família, exclusivamente ou associada ao modelo clássico de atuação, os dados informam que 95,5% dessas unidades estiveram representadas através da participação de seus Agentes Comunitários de Saúde. Apenas os Agentes de 9 dessas UBS (4,5%) não responderam ao questionário.

As semelhanças e as diferenças entre os processos

Os objetos eram diferentes?

Em ambos, o Programa de Saúde da Família

Um Projeto – QUALIS

Uma estratégia de Política Pública de organização da atenção básica à saúde do Município – o PSF

A metodologia – os instrumentos, os planos de análise

1º. Estudo:

- **entrevistas estruturadas** com informantes chave, inclusive com líderes da comunidade e com os próprios Agentes, realizadas com roteiro específico, por entrevistador especialmente treinado e gravadas em fitas cassete, as quais visavam à compreensão das características do Projeto, obter informações dos responsáveis diretos pela concepção, implantação, viabilização, manutenção/funcionamento do Projeto e dos agentes direta ou indiretamente responsáveis pela sua realização. Apreensão dos momentos de síntese, de inflexão, seus condicionantes.
- **observação documentada** (estruturada através de roteiro específico) do trabalho dos agentes comunitários de saúde de equipes selecionadas durante uma semana, de 2ª a 6ª feira durante 8 horas por dia, em todas as atividades. A técnica utilizada foi a da observação sistematizada não participante, com anotação, por

observador devidamente treinado, em diário de campo específico para cada um dos agentes.

- **gravação de reuniões das equipes** - também foram utilizados dados obtidos através de observação e gravação de reuniões das equipes de Saúde da Família selecionadas para a pesquisa.

2º. Estudo:

- a coleta de dados ocorreu através de **Questionário** distribuído aos agentes, reunidos em evento, para **auto-preenchimento**.

O Relatório ocupa-se de apresentar elementos para a discussão, ainda no contexto de implantação/expansão/consolidação do PSF na cidade de São Paulo, as características e o perfil do seu *novo* agente do trabalho, do sujeito mais polêmico, mais característico: o Agente Comunitário de Saúde. Trata-se de arguir as suas características, o seu perfil, a sua identidade profissional, enfim, as suas concepções, as possibilidades de sobrevivência e as tendências desse sujeito e do seu trabalho em grandes cidades e regiões metropolitanas.

Essas e outras questões a serem trabalhadas durante este esforço desta Estação do Observatório, colocam-se como contribuição para o Gestor Nacional do SUS, em especial para a sua atribuição compartilhada de *“ordenar a formação de recursos humanos para o SUS”* (Constituição Federal, art. 200, Inciso III, 1988).

Em síntese, este Relatório apresenta, para os anos de 1999 e de 2004, em capítulos diferentes, características dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam em Saúde da Família na cidade de São Paulo, envolvendo os seguintes conteúdos, não necessariamente nesta seqüência:

Caracterização sócio demográfica e a inserção do Agente Comunitário de Saúde de São Paulo;

O Agente Comunitário de Saúde e o seu trabalho;

O Agente Comunitário de Saúde e as interações no trabalho:

- O Agente Comunitário de Saúde e a equipe,
- O Agente Comunitário de Saúde e a população;

O Agente Comunitário de Saúde e o Programa: concepções, expectativas.

Finalmente, uma consideração necessária: na dependência das fontes consideradas e utilizadas para este Relatório, das suas possibilidades, de suas metodologias e das análises que foram desenvolvidas por estudos que a eles se seguiram, determinados aspectos ou dimensões relacionados com os Agentes podem aparecer com um detalhamento maior em um capítulo ou em outro capítulo, sem que isso implique prejuízo na continuidade do desenvolvimento dessa linha de trabalho do Observatório.

Assim, um primeiro Capítulo relaciona-se aos Agentes Comunitários de Saúde do Programa QUALIS; já um segundo Capítulo dedicar-se-á aos Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família da cidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

“Minha família tem ciúmes... eles falam assim para mim:

Ah, Mãe, você pensa mais na comunidade do que em nós mesmos...

você não faz mais bolo, não faz mais nada para nós...

você só pensa neles. Dá a impressão que a sua família são eles”.

(Agente Comunitária de Saúde do QUALIS, 1999)

Os Agentes Comunitários de Saúde vêm se constituindo como um segmento efetivo do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência à saúde no país e apresentando – se não apenas como suportes para gerarem determinadas ações para a saúde das populações, nos espaços onde atuam, mas também peças efetivas e, talvez, personagens-chave na organização atual da assistência à saúde, principalmente em determinadas realidades e para determinadas necessidades.

Repousa, entretanto, sobre os seus ombros uma tarefa gigantesca: se do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e do Programa de Saúde da Família - PSF, em que se inserem tais personagens como assistência em saúde, espera-se que reorientem a atenção básica à saúde e, nesse movimento, o Sistema de Saúde, do Agente Comunitário de Saúde esperam-se o PACS e o próprio PSF, como acontecimento de Saúde.

Se, no desenvolver de suas atribuições, por um lado o *fazer* desse personagem, as competências, enfim, enquanto formulação e enquanto prática vêm sofrendo adaptações às realidades locais onde se realizam, por outro, esse sujeito e essa Política vêm trazendo indagações aos serviços e à academia e propiciando discussões substantivas de importantes atores e autores sobre a organização, a gestão e as práticas no sistema de saúde brasileiro para a viabilização dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Assim, estudos sobre agentes comunitários de saúde representam, hoje, empreendimentos de extrema atualidade, seja colaborando com a crítica produtiva para subsidiar as políticas do setor, seja criando modelos de assistência bem fundamentados. Nesse sentido, as reflexões e a produção de conhecimento que abordam essa nova realidade são bem vindas e necessárias (Schreiber, 2002).

Silva (2001) traz, tanto da perspectiva teórica quanto da perspectiva prática, ao recortar seu objeto de estudo, a seguinte indagação: ‘.. *mas e esse Agente Comunitário de Saúde, o que é que ele espera do PACS, do PSF e do SUS?*’

Essa indagação reverte a posição do Agente Comunitário de instrumento estratégico de Política ou de recurso de operação de Programa, para sujeito do PACS e do PSF, sujeito da reorientação da assistência e sujeito da sociedade. Em termos práticos, essa indagação e o estudo que a ela segue nos revelam motivações, habilidades e competências adquiridas, e por adquirir, desse “novo” personagem, o Agente Comunitário de Saúde.

Quais seriam as competências desse Agente? Qual seria o saber específico, saber esse considerado enquanto instância nuclear instauradora de desempenhos?

Identificar e qualificar esse sujeito, o seu perfil, suas concepções, o que vem efetivamente instruindo o *ser*, o *saber-fazer* do Agente é a aproximação aqui eleita para a compreensão desse novo ator, da identidade desse sujeito privilegiado no acontecer dessa Política.

No processo de construção e de estudo dessa identidade há que se considerar o evidente contraste entre as expectativas que, em diversos discursos, delineiam o seu ser, o seu fazer e, principalmente, o melhor saber que a ele caberia, o que vem sendo considerado, de forma polar como nenhum saber específico para uns, e saber de síntese entre a saúde e o social, portanto, extremamente complexo e quase revolucionário para outros.

Da figura de **mensageiro**, mero canal de comunicação serviço-comunidade, à figura de agente **reformador**, operando mudanças radicais do sistema assistencial, passando pela expectativa de **empoderamento** dos indivíduos, família e comunidade para ações de promoção da saúde, o saber que dessas imagens decorre e deveria estar apropriado pelo agente comunitário oscila de forma polar. De um lado, ter-se-iam vivências pessoais que por si bastariam como experiência acumulada para ser agente de Comunidade; de outro, esperam-se domínios técnicos de certos procedimentos em saúde que seriam compostos com uma sabedoria prática tecida na e própria à vida comunitária, para ser agente Institucional e nuclear da estratégia de reforma da Saúde.

A indefinição de seu papel também torna difícil delimitar seu desempenho enquanto membro, na Instituição, de outra “comunidade”: a equipe de saúde. No âmbito do trabalho em equipe, a **mensageira** é importante, mas não será, certamente, seu único desempenho. A maior agudeza de percepção sobre as necessidades de saúde da comunidade poderá, sem dúvida, combinar-se com as formulações de soluções assistenciais, sejam elas de recuperação ou de promoção da saúde, realizadas em conjunto com o restante dos profissionais da assistência, sendo esta partilha de projeto assistencial a mais genuína participação do Agente de Comunidade no trabalho da Instituição (Schraiber, 2002).

NOGUEIRA et al. (2000) identificam o agente como um trabalhador *genérico*, de identidade comunitária, que realiza tarefas não apenas do campo da saúde. A sua capacidade de liderança e a sua história de iniciativas de ajuda comunitária seriam partes integrantes e importantes do seu perfil. *“Portanto, como requisito da política que lhe deu origem, o conjunto das atividades típicas dos ACS tem de ser ancorado nesse perfil social. Devido a essas características, que valem para todos os contextos de desenvolvimento econômico-social dos municípios, o ACS constitui um trabalhador sui generis.”* *“... o papel que o ACS exerce na relação com a comunidade tem que ser contemplado com prioridade na sua caracterização, que abrange **dois aspectos fundamentais: a) identidade com a comunidade; e b) pendor para a ajuda solidária**”.*

Em outra linha de debates acerca e em torno da figura do Agente de Saúde, na questão de identidade profissional, os autores identificam duas interpretações:

- “o ACS pertence ao grupo de enfermagem, em virtude de realizar cuidados de saúde para com as pessoas; e
- trata-se de um trabalhador *genérico* e foram do comum, não tendo similar entre as tradicionais ocupações e profissões de saúde”.

Fruto de um intenso movimento que se iniciou logo após a implantação do Programa de Agentes Comunitários com mobilização intensa da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários, foi sancionada, em 10 de julho de 2002, pelo Presidente da República, a **Lei no. 10.507**, que **cria a profissão do Agente Comunitário de Saúde**, a qual incorpora mais ingredientes, mais opiniões e introduz mais complexidade na discussão e nos movimentos para a construção de sua identidade:

“... Art. 1º Fica criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:

I - residir na área da comunidade em que atuar;

II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;

III - haver concluído o ensino fundamental.

§ 1º Os que na data de publicação desta Lei exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde, na forma do art. 2º, ficam dispensados do requisito a que se refere o inciso III deste artigo, sem prejuízo do disposto no § 2º.

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde estabelecer o conteúdo programático do curso de que trata o inciso II deste artigo, bem como dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos Agentes mencionados no § 1º.

Art. 4º O Agente Comunitário de Saúde prestará os seus serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo direto ou indireto.

Parágrafo único. Caberá ao Ministério da Saúde a regulamentação dos serviços de que trata o caput.

Art. 5º O disposto nesta Lei não se aplica ao trabalho voluntário ...”.

Atribuições do agente comunitário de saúde do QUALIS/PSF:

A consulta a documentos e normatizações da época, 1996, permite a identificação das atribuições do Agente Comunitário de Saúde do QUALIS Santa Marcelina, o primeiro da cidade:

atuar de acordo com as diretrizes e normas do PSF nacional.

integrar a equipe de saúde da família, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando à proteção e à promoção da saúde da comunidade.

desenvolver ações educativas junto à população, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade como gestantes, crianças menores de 5 anos, idosos, portadores de doenças crônicas, visando à conquista da saúde.

estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e seus determinantes, visando à sua superação.

identificar situações de risco individual e coletivo, e desenvolver ações de vigilância com vistas à redução da morbi-mortalidade e ao controle das doenças.

participar ativamente das ações de educação continuada e dos cursos de capacitação profissional visando o desenvolvimento do seu papel profissional e como agente de mudanças.

acolher o usuário de forma humanizada, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência.

cadastrar as famílias de sua área de abrangência e atualizar periodicamente os dados sobre nascimentos, óbitos e doenças.

registrar corretamente as ações desenvolvidas e as informações colhidas na comunidade.

encaminhar doentes à unidade de saúde e realizar acompanhamento específico de acordo com a orientação da sua equipe de saúde.

realizar visitas domiciliares sistematicamente às famílias cadastradas.

notificar as doenças e participar das ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

estimular ações de saneamento e melhoria do meio ambiente na sua área de atuação.

desenvolver ações básicas de saúde pertinentes à sua função tais como: incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, verificação das carteiras de vacinação, orientação de gestantes e nutrizes, uso de sais de reidratação oral.

atuar de forma integrada a outras instituições relacionadas à saúde da comunidade.

não divulgar informações recebidas durante as visitas domiciliares a quaisquer pessoas que não pertençam à equipe de saúde.

notificar imediatamente a equipe mudanças de endereço de família da área.

executar toda e qualquer outra atividade incluída no campo de ação de sua função.

notificar imediatamente a equipe, caso venha a transferir seu domicílio para outra área.

A mudança do cenário em curto espaço de tempo ocorre com a inclusão do município ao Sistema Único de Saúde – SUS em 2001, e ao entendimento do PSF como modelo de reorganização da prática assistencial na Atenção Básica de São Paulo, seguindo as recomendações da Política Nacional concebida pelo Ministério da Saúde em 1994, que determina a implantação do PSF com o “objetivo de proceder a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital.” (Brasil, 1999).

A partir de 2001, então, a gestão municipal que assume o governo assume o PSF como estratégia de estruturação da atenção básica à saúde no município e estabelece um Plano de Implantação do PSF no município de São Paulo, determinando as áreas prioritárias para estabelecimento das equipes com base, entre outros indicadores, no Mapa de Exclusão/Inclusão Social. Administrativamente, a gestão da saúde passa a ser descentralizada com maior autonomia para os supervisores distritais de saúde.

Em 2004, ano do estudo, a divisão administrativa da cidade incluía 31 Subprefeituras, com a existência de Coordenadorias de Saúde vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, com poder de gerência e gestão local.

4.1 – AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO PROGRAMA QUALIS - 1999

Quem eram os Agentes Comunitários de Saúde do Programa QUALIS?

Caracterização sócio-demográfica e de inserção no PSF

As informações aqui tratadas tiveram como base as entrevistas realizadas com quarenta Agentes Comunitários de Saúde, integrantes de dez equipes selecionadas em dez Unidades Básicas de Saúde do Programa QUALIS, também selecionadas mediante critérios para desenvolvimento da pesquisa de avaliação, em abril de 1999.

Esse Projeto, conforme já colocado na introdução deste Capítulo e no item metodologia, pioneiro na implantação do Programa de Saúde da Família em unidades de saúde do município de São Paulo, foi implantado em parceria entre o Governo do Estado de São Paulo e duas Instituições Filantrópicas: A Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini.

Face à riqueza das informações e à multiplicidade dos aspectos e variáveis abrangidos pela pesquisa, selecionaram-se, para este Relatório, os principais aspectos relacionados com os objetivos.

Em termos de região da cidade onde atuavam, 14 agentes trabalhavam na região Leste, em 4 unidades de saúde do Projeto gerenciadas pela instituição parceira Casa de Saúde Santa Marcelina: Vila Guilhermina, Jardim Copa, Jardim Fanganielo e Dom Angélico. Os demais 26 agentes trabalhavam em equipes de saúde da família vinculadas à instituição parceira Fundação Zerbini. Desses últimos, 12 atuavam na região Norte, em 3 unidades de saúde: Vila Espanhola, Ilza Hutzler e Vila Penteado e 14 na região sudeste: Jardim Guairacá, Vila Renato e Unidade Pastoral.

O quadro abaixo aponta os Distritos Administrativos que possuíam equipes do PSF e que participaram da pesquisa, em 1999.

Tabela 69 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde, segundo Instituição Parceira, região e distritos administrativos. Programa QUALIS da Cidade de São Paulo, 1999.

Estudo de 1999 – 10 unidades básicas de saúde – 40 agentes comunitários

Instituição Parceira	Região	Supervisão de Saúde	Distrito Administrativo
Fundação Zerbini	Sudeste	Sapopemba	Sapopemba
	3 UBS	Penha	Vila Matilde
	Norte	Casa Verde	Limão
Casa de Saúde Santa Marcelina	3 UBS	Freguesia do Ó /Brasilândia	Cachoeirinha
		Cidade Tiradentes	Brasilândia
	Leste	Itaquera	Cidade Tiradentes
	4 UBS	Guaianases	Parque do Carmo
			Lajeado

Apresenta-se a seguir, em tabelas , a caracterização dos 40 agentes comunitários de saúde segundo algumas variáveis, como: sexo, idade, local de nascimento, escolaridade e situação atual de estudos, tempo de residência no bairro, tempo e tipo de trabalho comunitário, trabalho anterior, motivação para ser Agente e tempo de trabalho na unidade.

Sexo

Conforme pode ser constatado na tabela abaixo , há um amplo predomínio do sexo feminino, ou seja, dos 40 Agentes Comunitários de Saúde que participaram da pesquisa, apenas 3 eram do sexo masculino, o que pode indicar, naquela ocasião, uma demanda maior para essa ocupação por parte das mulheres, ou um processo seletivo voltado para a valorização de atributos ou características semelhantes às recomendadas no início da implantação do Programa, ou seja, esse seria um trabalho, pelas suas características, mais alinhado com o perfil de trabalhadores do sexo feminino.

Tabela 70 - Distribuição percentual dos ACS, segundo Sexo. Programa QUALIS Cidade de São Paulo, 1999

Sexo	Nº. de Agentes	%
Masculino	03	7,5

Feminino	37	92,5
TOTAL	40	100,0

Idade

Quanto à idade dos agentes entrevistados, evidencia-se que 60% têm entre 30 e 49 anos, o que pode ser uma outra característica que indica mais um pouco acerca do perfil desejado/esperado/selecionado para esse trabalho.

Tabela 71 - Distribuição percentual de ACS, segundo faixas etária.
Programa QUALIS Cidade de São Paulo, 1999

Idade	Nº. de Agentes	%
Até 20 anos	02	5,0
21 á 29	07	17,5
30 á 39	16	40,0
40 á 49	08	20,0
50 á 59	04	10,0
Mais que 60	02	5,0
Não referido	01	2,5
TOTAL	40	100,0

Naturalidade

Chama atenção, na variável naturalidade, o contingente de Agentes Comunitários de Saúde que nasceu em outros estados da federação: 40%, o que pode indicar, entre outras razões, que essas regiões sejam povoadas por grande contingente de migrantes. A seguir vêm os agentes que nasceram na cidade de São Paulo, 35%. Em outras cidades do estado de São Paulo, nasceram 22,5% dos agentes. Um deles nasceu em outro país.

Tabela 72 - Distribuição percentual de ACS, segundo naturalidade.
Programa QUALIS Cidade de São Paulo, 1999

Naturalidade	Nº. de Agentes	%
Município de São Paulo	14	35,0
São Paulo, estado	09	22,5

Outros Estados	16	40,0
Outro País	01	2,5
TOTAL	40	100,0

Estado Civil

Os Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Paulo eram, em 1999, em sua grande maioria, casados (72,5%), conforme evidenciado na tabela abaixo. Um deles vivia em união consensual e um outro era viúvo. Já os solteiros representavam 22,5% do total.

Tabela 73 - Distribuição percentual de ACS, segundo estado civil.
Programa QUALIS Cidade de São Paulo, 1999

Estado civil	Nº. de Agentes	%
Solteiros	09	22,5
Casados	29	72,5
União Consensual	01	2,5
Viúvo	01	2,5
TOTAL	40	100,0

Escolaridade

O nível de escolaridade dos 40 Agentes Comunitários de Saúde entrevistados é apresentado a seguir:

Tabela 74 - Distribuição percentual de ACS, segundo escolaridade.
Programa QUALIS Cidade de São Paulo, 1999

Escolaridade	Nº. de Agentes	%
Ensino Fundamental Incompleto	04	10,0
Ensino Fundamental Incompleto	06	15,0
Ensino Médio Incompleto	11	27,5
Ensino Médio completo	15	37,5

Curso Superior Incompleto	02	5,0
Curso Superior Completo	00	0,0
Sem Resposta	02	5,0
TOTAL	40	100,0

Em relação ao nível de escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Paulo que responderam a essa questão, em 1999, pode-se observar através da tabela acima, que 90,0% cursaram, no mínimo, até a 8ª série do Ensino Fundamental. Em contrapartida, 10% informaram, na ocasião da pesquisa, não terem concluído essa etapa de educação geral.

Ainda em relação à educação geral, evidencia-se que, naquela ocasião, menos da metade (42,5 % dos Agentes Comunitários de Saúde de São Paulo tinham concluído o nível médio de educação geral. Já 11 agentes, ou seja, 27,5 %, possuíam Ensino Médio incompleto.

Poder-se-ia afirmar que esse padrão de escolaridade, embora estivesse acima da escolaridade exigida para o trabalho, exigência colocada em documentos oficiais do PSF. Entretanto, esse assunto será objeto de maior discussão posteriormente.

Formação Técnica

No que diz respeito à formação profissional, identifica-se que, dos 17 Agentes Comunitários de Saúde que tinham o nível médio de escolaridade completo, foram além do nível médio de educação geral.

Tabela 75 - Distribuição percentual de ACS, segundo formação técnica.
Programa QUALIS Cidade de São Paulo, 1999

Formação Técnica	Nº. de Agentes	%
Sem curso técnico	18	45,0
Auxiliar e técnico de enfermagem	07	17,5
Informática, Computação e Contabilidade	08	20,0
Administração, Secretariado, Magistério	07	17,5
TOTAL	40	100,0

Os demais que continuaram os estudos freqüentaram cursos de auxiliar e de técnico de enfermagem (7), de contabilidade (4), de informática e computação (4), de administração (3), secretariado (3), magistério (1). A diferença entre os que iniciaram Cursos Técnicos e os que, na época referiram ter completado o nível médio de educação, prende-se ao fato de que naquela ocasião o Curso de Auxiliar de Enfermagem podia ser iniciado com o nível médio incompleto.

Cabe refletir sobre as áreas de escolha dos agentes (ou as áreas a que tiveram acesso para profissionalizar-se). Em primeiro lugar aparecem os Cursos de Auxiliar e de Técnico de Enfermagem; logo após, Computação, Contabilidade, Secretariado entre outros, cuja escolha (embora não se saiba em que época foram escolhidos e concluídos, se antes ou depois de trabalharem como Agentes Comunitários de Saúde), certamente pouco ou nada tem a ver com a expectativa do Programa ou o pendor individual para a ocupação de Agente Comunitário de Saúde.

Dois agentes iniciaram cursos de graduação: um na área de Pedagogia e o outro, em Ciências Contábeis.

Experiência anterior de trabalho comunitário

Mostraram-se bem diversas as formas anteriores de sobrevivência dos 40 Agentes Comunitários de Saúde do Programa QUALIS:

- 6 colocaram-se como “do lar”, sendo que, apesar do longo tempo de residência no bairro, apenas 4 desses agentes revelaram participação mais direta e pessoal em atividade comunitária voluntária, a maior parte vinculada à Igreja Católica;
- 11 deles informaram associar atividades domésticas a outras remuneradas, desenvolvidas, muitas vezes, dentro da própria residência: costureira, bordadeira, manicure, cabeleireira;
- Metade dos agentes entrevistados (20 = 50%) ocupava-se com atividades que implicavam deslocamento de casa para o trabalho, como é o caso de: caixa de armazém, carpinteiro, professor, vendedor, recepcionista, balconista, auxiliar fiscal, auxiliar administrativo, metalúrgico e babá. Cabe ressaltar que algumas dessas atividades foram referidas como experiência de contato e atendimento ao público, aspecto que, segundo eles imaginavam, teria analogia com o trabalho de agente comunitário de saúde;

- Apenas um referiu trabalhar em serviço de saúde, como atendente de enfermagem;
- Também um agente do QUALIS teve experiência de trabalho também como agente comunitário de saúde em uma cidade do interior da Bahia.
- E, finalmente, um deles referiu não desempenhar nenhum trabalho anterior .

Local de moradia, meio de locomoção e tempo de deslocamento para o trabalho

A maioria dos agentes comunitários entrevistados relata residir na mesma região onde trabalha. E mais que isso, à análise das entrevistas identifica-se que a quase totalidade explicita, em questões diversas e de forma variada, que se desloca a pé para o trabalho ou que o trabalho é muito *pertinho* de casa, que *a família tal* é vizinha e já era conhecida... Enfim, há evidências importantes, quando não há um posicionamento direto, que permitem afirmar que os Agentes Comunitários de Saúde do Programa QUALIS residem na micro-área onde trabalham, que se deslocam a pé para o trabalho e que o tempo gasto nesse trajeto não é superior a meia hora.

Tempo de Trabalho no QUALIS/PSF

Em relação ao tempo de serviço no Programa QUALIS, a maior parte dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados, tanto da Casa de Saúde Santa Marcelina, quanto da Fundação Zerbini , havia sido contratada na época da implantação das Unidades de Saúde da Família, sendo poucos os que informaram menos de 6 meses de vínculo. E até por esse motivo, aqueles agentes acompanharam as providências e os movimentos para a implantação do Projeto e falam sobre eles com bastante propriedade.

Treinamento para o trabalho

Através da leitura das entrevistas, uma evidência importante: todos os 40 Agentes Comunitários de Saúde entrevistados referiram ter participado de processo de capacitação para o desenvolvimento dos trabalhos, o chamado **Treinamento Introdotório**. Alguns ressaltam aspectos mais teóricos, mas há unanimidade na informação de que grande parte do treinamento foi no próprio trabalho, realizando o mapeamento das micro-regiões, fazendo *levantamentos*, o que, segundo eles, foi

muito importante para o conhecimento melhor do bairro, da área onde iriam trabalhar e, principalmente do trabalho que deles era esperado.

Além disso, referem outros treinamentos especificamente dedicados à abordagem de grupos populacionais ou agravos específicos.

- **O agente comunitário de saúde e o seu trabalho**

Cabe ressaltar, nesta parte do Relatório, a apresentação de dados mais aprofundados sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, na medida da metodologia da pesquisa desenvolvida em 1999 e dos trabalhos científicos realizados, posteriormente, com os dados obtidos, tendo como objeto as competências do Agente.

Qual é o trabalho do Agente Comunitário de Saúde no QUALIS

As atividades-fim do Agente Comunitário de Saúde

Como pode ser verificado nesses depoimentos, os agentes pensam que, para a população, sobressai o seu papel de intermediador da relação da família com o mundo exterior e no contato com a equipe de saúde, especialmente com o médico. Por outro lado, aparece a importância atribuída pela população ao cuidado: conhecer de forma mais íntima, preocupar-se com o outro, dar apoio, poder contar em momentos de necessidade ou sofrimento.

Entre as ações que os agentes consideram mais importantes para a saúde das famílias, eles são diretamente responsáveis por uma (a visita) e participam em muitas unidades de outra (o grupo educativo):

“Em primeiro lugar, (o que considero mais importante) é que eu vá saber nas casas os problemas deles; em segundo lugar, que eles estejam passando em consulta; em terceiro, que estejam participando dos grupos, porque nos grupos se tem falado de muitas coisas (importantes) para a saúde deles”.

Os Agentes Comunitários de Saúde, por ocasião das entrevistas destacam, no seu trabalho, a atuação preventiva, sendo que sua ação visa a lidar com os hábitos, os comportamentos e as concepções das pessoas. A compreensão da relação entre saúde e doença mostra-se ampliada (em relação ao modelo médico biológico) e a

atuação busca maior impacto, envolvendo atividades sobre o meio ambiente, as relações entre as pessoas e o estilo de vida:

“Primeiro, a visita domiciliar, que é o centro (do trabalho) do agente. Na visita domiciliar a gente orienta... o aleitamento, o Papanicola, sobre a verminose, sobre água filtrada, caixa d’água, é tudo na base da orientação..”

“A gente precisa saber trabalhar a cabeça das pessoas...”

“Eles ainda têm a cabeça voltada para a consulta médica porque nós nunca tivemos um trabalho de prevenção que nem temos agora na região”.

“No fim do ano (1998), ficamos mais de 2 meses sem medicação nenhuma e aí a gente faz o trabalho todo de prevenção com diabético, com o hipertenso, todo esse trabalho...”

“ele está fazendo a caminhada, está fazendo dieta, tudo direitinho, aí acabou a medicação. O desemprego aqui está geral e a pessoa não tem como comprar a medicação. O médico não tem mais como fazer uma mudança porque nós não temos nada para trocar. Aí em um mês ou dois depois essa pessoa está com problema novamente... Esse mês, graças a Deus, chegou a medicação, vamos esperar que não venha a faltar... “

Segundo os Agentes Comunitários de Saúde eles têm, basicamente, três atividades-fim, dirigidas aos indivíduos, famílias e comunidade:

1. **visita domiciliar,**
2. **atividades em grupo** (na maioria das vezes entre educativas e assistenciais) e
3. **atividades comunitárias.**

A Visita Domiciliar

A visita domiciliar é considerada atividade primordial do PSF e atribuição primeira do agente. Eles destacam, nas entrevistas, o conteúdo de orientação/prevenção da visita. Conteúdo básico da visita domiciliar para coleta de informações, conforme apreendido no cotidiano do trabalho dos agentes:

- Checar se está “tudo” bem, como a pessoa está se sentindo, se a família precisa de alguma coisa;

- Vigilância: atualização da vacinação, *screening* citologia oncológica, uso continuado de medicação para hipertenso e diabético, controle se está fazendo acompanhamento programático (gestante, menor de 1 ano, hipertenso, diabético);
- Confere acesso à medicação prescrita (situação de falta de fornecimento de medicação na UBS, relatada pelos profissionais da equipe e lideranças comunitárias). Buscam alternativas se o usuário não pôde comprar medicação (terapêutica alternativa, contato com o médico para troca de medicação);
- Intermediação clientela-médico: acesso à medicação, como lidar com efeito colateral da medicação, encaminhamento para segunda linha/serviço de referência, interconsulta (avaliação clínica de sintomas ou exames quando consulta agendada a prazo considerado muito longo);

“Eu visito as pessoas, vejo se tá tudo bem, passo orientações, para as pessoas que não tomam medicação a gente tenta orientar... e se não tiver dinheiro, a gente tenta dar um contorno, faz um chazinho, uma medicação alternativa, ou a gente volta, trás o problema para o médico e ele vai ver se tem alguma outra medicação na nossa unidade, para ele trocar. Esse é o nosso trabalho, ver se a vacina está em dia, se a gestante está sendo acompanhada todo mês... a gente tenta descobrir casos de tuberculose que está tendo muito na área...”

A visita articula-se com o trabalho da equipe, especialmente quando o agente encontra um problema, o qual ele leva para discutir com a enfermeira, sua referência, ou para a reunião diária. Nas situações detectadas como problemáticas, que na maior parte das vezes estão relacionadas com o monitoramento de situação de risco epidemiológico (aderência a tratamento, cuidados da criança menor de um ano, falta repetida a atendimento, recusa de procedimento de *screening*), muitas vezes se conclui pela necessidade de um reforço do trabalho do agente, agendando uma visita acompanhada pelo auxiliar ou pelo enfermeiro.

“A gente orienta tudo. Em alguns casos que a gente não pode fazer nada, traz para a equipe e discute com a equipe o que pode ser feito.”

Por outro lado, o trabalho de apoio não é reconhecido pelo agente como uma atividade técnica, mas das relações humanas:

“Às vezes o idoso não tem com quem conversar, não tem com quem desabafar, a gente chega lá e eles conversam, falam, choram e isso é bom, porque as pessoas

desabafam, tiram para fora o que sentem, a gente tenta dar um conselho. Para aquelas pessoas sem juízo, adolescentes, que querem abortar, quer fazer alguma coisa, a gente conversa, explica direitinho. Então eu me sinto prestativa, apesar da gente não poder fazer muita coisa, só orientar, conversar.”

“Quando tem um problema que eles não podem vir até aqui, a gente vem, procura conversar com o médico, levar uma orientação de volta para eles, em questão de medicamento... porque muita gente não sabe ler. E muitas vezes para conversar mesmo, para parar e ouvir a pessoa, porque muitas vezes tem pessoas com problemas ..você vê que não é tanto doença, mas elas precisam de alguém que pare para escutá-las.”

A situação de carência de diversas ordens — social, afetiva, de informação — e a ênfase do PSF nas ações de vigilância à saúde criam as condições para que a faceta de suporte do trabalho do agente seja reconhecida como de assistência social, quase caritativo, feito por sua própria iniciativa e baseado na sua experiência de vida.

Os Grupos Educativo-Assistenciais

Há uma série de grupos educativo-assistenciais, alguns preconizados pelos programas mais tradicionais, outros conforme a criatividade e habilidade da equipe, como para gestantes, diabéticos, oficina terapêutica, caminhada (com controle de peso mensal), amamentação; mas ainda grafite e capoeira, trabalhos manuais etc... Eles cobrem uma gama de finalidades: desde um papel mais educativo, muitas vezes oferecendo assistência suplementar ao atendimento médico; até atividade de lazer e cultura, como sabemos praticamente ausente em muitos bairros.

“A mãezinha que é a primeira vez que está grávida, ela vai vir porque nesses grupos ela aprende, elas aprendem. E também aquele diabético que não conseguiu marcar consulta, então a gente reúne aqueles que não passaram em consulta aquele mês para fazer um grupo para ver como eles estão se saindo.”

Os grupos acontecem na unidade e na área. Estes últimos são marcados pelos agentes e conduzidos com a participação de um médico, quando o trabalho na unidade não está muito apertado. O seu principal objetivo parece ser a passagem de informação sobre a condição de risco e a necessidade de manutenção de cuidados.

“(para o caso de uma pessoa teimosa para tomar medicação) Se for o caso a gente confronta, através de uma palestra, dos grupos que a gente forma, a gente confronta um com o outro, a gente pede depoimento. Através desses depoimentos a gente vai criando uma flexibilidade que acaba dando resultado.”

“Tem um hipertenso na minha área e ele sofre de alcoolismo. Então é difícil o trabalho com essas pessoas. Eles começam, eles vêm ao posto, eles passaram pelo médico de família, foram orientados, fizeram exames, medicados... mas só que eles não seguem a orientação, nem do médico de família. Então fica difícil. Agora... teve na semana passada, nós fizemos um grupo de hipertensos, e eu estou convidando essas pessoas para participar do grupo... para eles estarem sabendo do mal que eles estão fazendo para a saúde deles. Ter um conhecimento mais profundo sobre o que vai fazer a falta de medicação...”

“Teve uma mãe que teve problema de não querer amamentar. A gente explicava para ela a importância do aleitamento, mas ela achava que o leite só não ia sustentar a criança, que ela precisava tatar leite engrossado. Como a Dra... tem um grupo de aleitamento materno, eu trouxe ela para conversar, para ver, até para se unir junto com outras mães, solucionar as dúvidas dela e ela... conseguir resolver.”

A Vida / Atividade Comunitária

Se nas atividades dos agentes de saúde, observadas durante uma semana, as ações comunitárias foram praticamente inexistentes, nas entrevistas há uma série de fatos relatados, evidenciando que elas ocorrem de forma esporádica e muitas vezes como resposta às situações de maior tensão ou mobilização social. Encontram-se relatos relacionados com saneamento (lixo), segurança, fome e desemprego, atividades de lazer e reivindicação de equipamentos sociais.

Apesar de esporádicos, como representam ações de cidadania previstas no Programa de Saúde da Família do QUALIS, considera-se importante analisá-los.

Os problemas sanitários são enfrentados de duas maneiras: no contato individual ou através de abordagem em grupo. No primeiro caso, o objetivo é mudar o comportamento de cada família; no segundo, criar alternativa coletiva para lidar com um problema que transcende a casa, atingindo a rua/bairro:

“Na comunidade, é mutirão quando a gente vai tomar uma providência a respeito do lixo, por exemplo. Então vai todo mundo em mutirão... a gente vai de casa em casa, orientando sobre o lixo, sobre a dengue, sobre a limpeza da caixa d’água.”

“A minha área é a mais carente...uma área invadida. Então foi feita uma lixeira comunitária, para eles não porem aquele lixo no chão, que aí vai criar rato, vai criar um monte de doença. Agora eles põem em uma sacolinha, amarram, para quando o lixeiro passar não estar mais o lixo no chão... Nessas visitas que a gente faz diariamente a gente tenta orientar as pessoas, conversa direitinho. Mas a pessoa diz: “Ah., mas não sou eu, é o vizinho”... Não aparece o culpado. Então a gente vai reunir todos aqueles daquela rua para falar. Então a gente fala com todos para eles pensarem: “Ah, ela está falando com ele também, com ele, com ele”. Fazendo assim eu vi que tem jeito, não só você falando de cabeça em cabeça. Reúne, fala no grupo todo, aí eu vi que tem solução. O grupo é muito bom... E foi orientado a eles, eles mesmos fizeram a lixeira.”

Sobre o problema da segurança, transcreve-se o seguinte relato em que se destaca a relação da população com o equipamento social e a sua “resposta” quando acionada pelos profissionais da equipe de saúde:

“Nessa semana que passou nós tivemos um caso de assalto no Posto que já tinha sido assaltado 5 vezes. Na quinta vez foi impossível a gente estar resolvendo sozinha. Aí a comunidade foi envolvida. Graças a Deus, no prazo de duas horas, a gente reuniu aqui 300 pessoas. A Globo veio, foi feita uma denúncia, a gente foi até a Delegacia da área, foi feito um BO. Fizeram uma promessa para nós que o nosso problema vai ser resolvido. E a gente está confiando nisso, porque se não resolver, a gente vai cobrar novamente... Quando precisa da comunidade, a gente vai atrás sim.”

As reuniões do Comitê da Fome são feitas na unidade e participam as pessoas da comunidade. Antes participavam agentes de saúde; atualmente eles vão a algumas reuniões para passar ou receber informações que depois transmitem à equipe na sua reunião de rotina. Mas continuam interferindo, “fazendo andar”:

“Como cada um tem que trabalhar também para sobreviver, o Comitê está caminhando um pouco devagar diante da necessidade que a gente tem. Nesta semana a gente se reuniu e estamos pretendendo agora no final de semana, neste ou no próximo,... fazer um Bingo para estar angariando fundos... E a gente está pensando

assim também: de cada uma de nós estar conquistando uma pessoa que assuma a responsabilidade de estar dando. Já foi discutido na equipe, falta a gente colocar em ação.”

Os limites e possibilidades da atuação do agente

Os agentes descrevem que coletaram informações sobre número de desempregados em sua visita rotineira às famílias. Além disso, a unidade sediou as reuniões no bairro para indicação de comissões para organização das frentes de trabalho, cuja iniciativa foi do governo do Estado.

“Está tendo um movimento para frentes de trabalho... para tentar ver se diminui um pouco o desemprego. Esta questão da frente de trabalho já vai vir para nós, para a nossa região. Na semana passada já teve uma reunião aqui no Posto, onde contou-se com 270 desempregados, destes 270 foi tirada uma comissão, já foram para para outra reunião ela vai se informando e trazendo informação para os que ficaram...”

As atividades para terceira idade podem ser mais vinculadas à promoção da saúde e/ou ao lazer. Diferentes instituições podem participar, havendo tanto uma integração quanto, às vezes, uma disputa pela clientela:

“A gente faz reuniões, palestra... a Doutora vem e dá a palestra, aí a gente passeia com eles. Antigamente a gente fazia bailinhos com eles, mas agora parou um pouco. A parte que eu mais gostava era do baile, porque tem pessoas muito triste que vindo para esse bailinho ficam alegre... Nós é que fundamos (o bailinho), agora os padres lazaristas fundaram lá também e as pessoas ficam divididas. Só que o nosso trabalho é melhor do que o deles, porque o nosso tem orientação, e o deles não, é só o baile.”

Na reivindicação de equipamentos sociais os grupos mobilizados e mobilizáveis tendem a se somar, como na situação descrita abaixo:

“Tem as pessoas das entidades que entregam leite... tem duas entidades. Eles participam muito com a gente, eles lutam junto com a gente para que tenha creche. Quando a gente faz alguma reunião, eles participam... A maioria das reuniões é pelo Posto, mas tem outras que eles se reúnem entre eles e passam para a gente e aí nós pega e vamos... porque quando a gente faz alguma coisa, eles participam.” (Equipe 1, agente 4)

Além da luta por saneamento e energia, parece que mais recentemente tem havido mobilização para equipamentos de lazer.

Alguns Agentes de Saúde destacam na entrevista, entre as sugestões, a necessidade de maior número e diversidade de equipamentos sociais, mas não levantam a possibilidade de um trabalho articulado entre a unidade de saúde da família e esses equipamentos sociais:

“(Sugiro) áreas de lazer, porque as pessoas ficam doentes não é só por uma dor, às vezes é até depressão, filho na rua, que é o que tem muito por aqui ... A gente não tem área de lazer. Então tem muitas coisas que poderiam ajudar também, além de postos de saúde (do QUALIS). Áreas de lazer, escolas profissionalizantes... . Tem jovem, adolescente que com esse desemprego não conseguem trabalho; eles estudam à noite e ficam parte do tempo, de dia, sem fazer nada. E o que eles fazem? Vão para rua. Com isso os pais acabam ficando preocupados e acabam ficando doentes”.

Por outro lado, identificam-se experiências de sucesso na parceria entre movimento social e unidade de saúde, como na área da Equipe 3, onde foi construído um galpão para atividades comunitárias com o apoio da unidade, no qual é realizado o grupo de atividades manuais.

Foram encontrados dois outros relatos de atividade das equipes de saúde no suporte de determinadas pessoas da comunidade, realizado principalmente pelos próprios membros da equipe e com participação especial do Agente Comunitário de Saúde:

- A Equipe 3 tem sob sua responsabilidade uma família com um adolescente portador de doença mental, cuja mãe saiu de casa. A família fez contato com ela em Santos, o agente foi conversar com ela, a equipe fez um mutirão de pintura e arrumação da casa para a sua volta e o agente mantém um calendário periódico de visitas a essa família.
- A Equipe 4 tem sob sua responsabilidade uma senhora com deficiência visual e de locomoção com mais de 90 anos; ela mora embaixo da casa do filho, mas ele não cuidava dela. A agente de saúde encontrou-a, na primeira visita, muito suja e angustiada na cama. A equipe decidiu que, na falta da atenção da família e vizinhos,

cuidaria da senhora e as agentes se revezariam em visitas diárias para seus cuidados , incluindo banho e alimentação. Conseguiram uma cadeira de rodas na qual a levam para tomar sol, e um rádio, pois ela gosta de ouvir notícias. A agente e a senhora conversam, de mãos dadas.

Esse conjunto de situações e ações sociais indica que a organização da população parece se dar muitas vezes a reboque da mobilização desencadeada pelos funcionários da unidade básica (como se pode identificar na manifestação pela segurança), ou alavancada por alguns funcionários que, em um segundo momento, afastam-se da linha de frente da organização (como o Comitê contra Fome). O Posto serve, também, como espaço de reunião para responder a políticas sociais mais amplas (como no caso da organização de frentes de trabalho para desempregados).

A participação popular é considerada pelos agentes como uma prática complexa:

“Esse bairro evoluiu muito. Há um tempo atrás nós não tínhamos nada, depois que veio chegando o progresso, as escolas. Foi com muita reivindicação, muita luta junto à Prefeitura... buscando melhorias. Hoje a gente já vê que a população se conscientizou que, se unindo, se consegue. Então isso foi bom, pelo que eu vi nesses 32 anos aqui no bairro”.

“A comunidade na verdade eles querem tudo pronto. Quando faz uma reunião, eles participam, mas não totalmente.. de cem pessoas vem umas quarenta, porque eles não querem ter trabalho, eles querem a coisa pronta.... mas sempre participa, alguém sempre vem.”

De qualquer forma, a estrutura física da unidade de saúde e os agentes representam espaço e meios de levantamento de problemas e de articulação. Entre os profissionais da equipe, os agentes são identificados como aqueles de maior iniciativa e capacidade de mobilização; organizações sociais também aglutinam e influenciam o movimento social:

“Hoje o esgoto ainda corre a céu aberto, então nós fazemos cartas, mandamos para a SABESP. Não tinha luz, não tinha água encanada, nós conseguimos água encanada... isso nós fazemos para a comunidade”

“Quem coordena tudo são os funcionários do QUALIS... nós aqui de dentro é que resolvemos fazer tudo”

“Cada 3 meses, cada 6 meses, a gente tem um encontro com o pessoal da entidade responsável pelo QUALIS na região, onde eles nos orientam de como levar o nosso trabalho e para a gente fazer uma avaliação de como está. Essa avaliação é sempre feita pela nossa entidade... quanto às outras, eu não tenho informação”

Outras atividades

Além da identificação das atividades-fim, uma outra forma de apreensão do processo de trabalho dos agentes é através dos instrumentos utilizados na sua ação, entre os quais se destacam: a educação e a comunicação; o registro e a quantificação; o saber técnico e a experiência. Outro conjunto de atividades de organização do trabalho institucional, como a supervisão, as relações hierárquicas os espaços de reunião, o planejamento de atividades e as normatizações não serão aqui detalhados.

- **A Comunicação e a Educação. A conversa e a prescrição**

A comunicação é instrumento essencial do trabalho do Agente de Saúde, podendo ser realizada no contato individual e coletivo. Essa é uma característica avaliada desde a seleção dos agentes de saúde e apontada como conteúdo importante do treinamento.

- **Registro e Quantificação**

O registro é atividade significativa do trabalho dos agentes, que se não representa muitas horas diárias de trabalho, é considerado não só difícil, mas cuja finalidade não parece clara para eles:

“Nós anotamos tudo. Cada tipo de doença, hipertenso, diabético, cada uma tem uma ficha. Quando tem muita coisa para escrever, nós temos um caderno à parte. Tudo que a gente vai fazer na visita, a gente anota no caderno, numa planilha, numa ficha que eles chamam de Ficha B. Tudo está anotado. Tem que anotar tudo...”

“Eu achava que não tinha que preencher tanto papel, tanta burocracia que a gente dá conta. Tem que prestar conta da visita que a gente faz por dia, de um monte de coisa... Nos primeiros meses eu achei difícil, não pelo trabalho na área, mas pela burocracia... cheguei a pensar que eu ia desistir.”

“A dificuldade maior que eu tenho encontrado é em relação a todos estes papéis que eu tenho que preencher, relatórios... (isso) mexe com a nossa mente... isso é um pouco demorado. É dados... quando pediam dados... antes não tinha planilha, ... a gente tinha que estar levantando prontuário por prontuário... Agora a gente já está fazendo tudo, o único dado que a gente tem que estar sempre atualizando é o de gestante e de menor de um ano, porque está sempre mudando.”

“Antes fazia mais levantamento, qualquer coisa fazia levantamento. Hoje está mais calmo, mas antes fazia muito levantamento. O último foi sobre os desempregados. Então está sempre vendo a necessidade do povo para estar trabalhando em cima .”

“Quem usa mais as anotações é a Doutora, mas se a enfermeira quiser ter acesso também pode, porque é uma informação do paciente. A anotação fica no posto, dentro do prontuário.”

Há uma expectativa de racionalidade no trabalho, na qual um problema importante é representado pelas informações repetidas:

“O que a gente não gosta mesmo, a gente se debate sempre contra eles, é ter vários papéis dizendo a mesma coisa... Muita burocracia.”

Desde a implantação do PSF, os registros sofreram modificações e ainda buscam uma forma de articular as informações dos diversos momentos de atenção:

“Os papéis foram mudando; era uma forma, depois outra, depois outra. Hoje está se estudando uma forma de pôr o relatório dentro do prontuário médico.”

“(O registro)... é um trabalho de escrita que passa para outra pessoa para ver o a produção da gente... mas fica um trabalho pessoal que não está na escrita... fica só registrada a quantidade e não a qualidade, que não se registra.”

“O nosso trabalho é muito mais... tem muito mais do que ... papéis... A gente anota mais por obrigação mesmo... e a gente tem brigado contra isso. As anotações são passadas depois para a enfermeira, onde ela faz a avaliação do nosso trabalho.”

Distribuição de atividades e do tempo de trabalho do Agente de Saúde; aonde e para quem são desenvolvidas as ações.

Conforme pôde ser constatado, por ocasião da observação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do QUALIS, do ponto de vista numérico, a maior parte da atividade dos agentes é desenvolvida fora da unidade, constituída por visitas domiciliares ou contatos realizados na rua; em seguida estão as atividades realizadas na unidade; as ações na comunidade ocorrem com ínfima freqüência. No entanto, em termos da distribuição da carga horária de trabalho, os agentes passam mais de 50% do tempo na unidade que em atividades externas.

Esse tema, entretanto, não será objeto de discussão neste Relatório.

- **O Agente Comunitário de Saúde e as interações no trabalho:**

O Agente Comunitário de Saúde e a equipe

O Agente Comunitário de Saúde e a população

Interação com a equipe, articulação com os outros profissionais

O Agente de Saúde trabalha bastante articulado com a equipe, interligando a casa e a unidade, as pessoas e os demais membros da equipe de Saúde da Família.

A equipe é constituída no processo de trabalho (PEDUZZI 1999): na finalidade comum do trabalho, na troca de informação, no espaço da reunião, no compartilhamento de tarefas, na homogeneidade da mensagem e da linguagem, na percepção/vivência de que um todo é maior (e mais forte) do que cada parte isolada:

“No começo foi um pouco difícil, porque cada um tem o seu jeito de pensar, mas agora é bem dizer um casamento, já faz três anos que eu estou neste projeto, a gente já se conhece bem.... (descreve que a cor do olho do médico muda quando ele está bravo)

Trabalhar em equipe não é muito fácil não... mas a partir do momento que ela começa a mostrar para mim e eu começo a mostrar o meu ponto de vista para ela, a gente começa a discutir, aí se torna um serviço gostoso...que tem até muitas surpresas.”

“Eu acho super legal (trabalhar em equipe), porque numa equipe , quando acontecem problemas, e você não pode solucionar sozinho, então tem pessoas para você conversar, para te ajudar a resolver os problemas dos outros. E, graças a Deus, na nossa equipe a gente tem se dado muito bem.”

“Nós trabalhamos em equipe; a gente não trabalha sozinho... o agente comunitário não trabalha só. Nós somos uma equipe. O médico, a consulta médica, a orientação, a mesma linguagem que nós os agentes usamos lá ele usa no consultório quando as pessoas vêem. A enfermeira a mesma coisa.”

“É uma troca de conhecimentos, então aquilo que eu aprendo na rua eu passo para o médico, o enfermeiro passa, o médico passa, o auxiliar passa. Então, ali, na nossa reunião, nós somos todos iguais, há uma troca de conhecimentos.”

“A gente trabalha todos com o mesmo sentido. O médico no consultório, a gente na rua, o auxiliar também, o enfermeiro.... nós temos o mesmo sentido. Voltado para prevenir as doenças.”

“Tem dia que a gente chega aqui quase que arrasado mesmo, querendo desistir de tudo, aí a gente sempre encontra a equipe dando aquela força, levantando um pouquinho a moral da gente... um sempre dá força para o outro, um aprendendo um pouquinho com o outro. A gente se sente mais reforçada.”

Encontra-se também um modelo de equipe em funcionamento mais hierarquizado, embora essa temática não será objeto de discussão deste estudo:

“Tem nós, os agentes comunitários que vamos nas casas, e pegamos tudo (de informação) que é preciso, as necessidades das pessoas, e trazemos para a enfermeira; a enfermeira passa para a doutora. Nós somos uma equipe. Tem vários casos que a enfermeira não precisa passar para a doutora e ela mesma já resolve.”

Mas a concepção de equipe abarca o espaço da discussão:

“A gente trabalha em um sistema de equipe. A enfermeira traz aquilo que a coordenação passou (para ser feito), o que a coordenação quer, mas aí a gente senta e discute.”

A reunião diária aparece como espaço de apresentação de situações-problema, com troca de informações sobre o caso, troca de opinião sobre como proceder e planejamento de ações muitas vezes envolvendo a soma de forças da equipe para lidar com o problema.

“A equipe todos juntos, faz a reunião, discute os problemas, todos, independente do médico, da enfermeira, da auxiliar, faz a reunião, passa caso para ver, quem pode ajudar um ao outro, às vezes eu não sei resolver sozinha e a enfermeira pode ajudar, o médico também e o auxiliar pode ajudar, então a equipe toda faz a reunião direitinho.”

“Nas reuniões a gente fala e cada um ajuda da melhor maneira. Te orienta: “Ah, você está com este problema? Eu já tive isso e eu fiz assim e deu certo.” ... Existe uma troca com todo mundo.”

O enfermeiro é reconhecido, pela maior parte das equipes observadas, como referência do agente e seu supervisor (na sua falta ou quando o agente considera que o problema é de natureza clínica, recorre ao médico da equipe). A reunião de equipe representa o espaço privilegiado de encontro, discussão e planejamento do trabalho dos agentes.

“Quando a gente está assim meio perdido: “Mas como eu vou fazer isso?”, eles orientam nós todas. Se a enfermeira está leve (a dificuldade) para ela; se a enfermeira não está, levo direto para o médico.”

“O enfermeiro ajuda bastante e avalia a gente no dia a dia, avalia assim, a gente faz uma reunião todo dia, e na reunião vai falando como que faz, como tem que fazer,... suas visitas não pode ser feita correndo, tem que ser assim, assim, tudo (é conversado) com jeitinho.”

Sobre o controle do trabalho, os agentes relatam que trabalham com bastante autonomia e que o controle seria mesmo desnecessário pelo fato do trabalho ser em equipe:

“A enfermeira e o médico ajudam em caso de dificuldade... mas hoje em dia não tem como te acompanhar, como te vigiar. Você trabalha junto, você trabalha unido.”

Para casos de dificuldade de aderência do cliente à terapêutica ou ao seguimento, os agentes acham que a população não valoriza a sua opinião devido à sua escolaridade e função. Nestes casos, enxergam no enfermeiro e no médico um poder de convencimento maior:

“O povo vê com a mente antiga, que o médico e a enfermeira tem mais entendimento, a gente não. Eu entrei e aprendi muita coisa, eu sei como orientar, tudo, então você orienta, mas precisa às vezes de um reforço, de uma enfermeira, isso ajuda muito.”

A integração dos trabalhos dos membros da equipe aparece para o agente, muitas vezes, como uma ajuda mais pessoal e não organização técnica do trabalho:

“As enfermeiras ajudam muito a gente, porque às vezes a gente tenta falar com as pessoas, ela às vezes recebe, mas não acata, e o enfermeiro indo, ela já vê que é uma pessoa estudada, uma pessoa que fez faculdade, aí elas recebe mais.”

Interação com o indivíduo, com a família, com a comunidade

Caracterização da área e população pelos agentes

Conforme apresentado abaixo nos excertos das entrevistas, a imagem geral dos agentes acerca da área e da população-alvo do Programa é de carência, às vezes ao lado de regiões e famílias com melhores condições de vida. Nos bairros de pior qualidade de vida faltam recursos como saneamento, asfalto e iluminação. Para a população, muitas vezes a renda é considerada baixa e falta emprego. Muitas são áreas de tráfico de drogas e sem espaços de lazer. Alguns dos agentes relacionam as más condições de vida com a emergência de doenças, como as mentais e a dificuldade de manter o cuidado da saúde.

“É área carente”.

“O bairro tem lugar, na minha área, na minha micro-área 5, eu não tenho problema, porque é asfaltada a rua, tem tudo. Agora tem áreas, realmente tem lugares aqui no

bairro que é muito pobre, muito difícil, não tem esgoto, o esgoto é a céu aberto, não tem água, quando falta água da rua eles ficam uma semana sem água, muitas crianças andam de pé no chão.”

“Este é um bairro muito dificultoso, um bairro pobre. Hoje já está até um pouco melhor... Mas mesmo assim tem muita gente desempregada, não temos assim área de lazer... escolas até a gente tem, isso eu não posso reclamar... mas mesmo assim, ainda existem algumas crianças que têm dificuldade de estar arranjanado vaga, porque as escolas são superlotadas. Posto de saúde também são poucos: é esse daqui e outro que não é do QUALIS. Nós aqui, às vezes a gente fica muito triste porque vem muita procura para nós...”

“O bairro é precário, pessoas muito carentes... não tem muito recurso, não tem diversão, nem alguma coisa para os adolescentes, nada disso.”

“O pessoal, por ter casa própria, eles acham que não precisam de mais nada... a gente convida as pessoas e elas não comparecem... mas tem gente que ainda passa fome. É muito difícil fazer trabalho aqui.”

“Eu acho que o problema mais grave aqui é o desemprego, são as drogas. Tem hipertensos, depois diabéticos, crianças aqui tem poucas... são mais pessoas da terceira idade.”

“O bairro aqui às vezes é bastante agitado, porque aqui tem muito tráfico. Então dificulta um pouco o nosso trabalho por causa disso. O pessoal acha que a gente é da polícia e aí eles ficam um pouco cismados.”

“Tem um número muito grande de famílias depressivas. Você percebe que aquele fechamento, aquele medo de violência, aquela falta de confiança, aquela falta de contato humano, estão tornando a família doente.”

“Acho que a importância do nosso trabalho está aí na mudança de hábito... mudar mesmo a conscientização.”

Apesar de os agentes valorizarem, no seu trabalho, a importância das orientações, pensam que a população valoriza neles traços de solidariedade institucionalizada. Acabam tratando o cliente como parente e tomando para si o seu problema:

“Nós tratamos, tanto o auxiliar, como o enfermeiro, como o agente, nós tratamos eles como se eles fossem da família da gente... como se fosse nosso pai, nossa mãe, nosso filho... quanto a esse ponto, eu acho que nós somos bem humanos”.

“Como a gente diz “problema de casa deixa em casa”, “problema da unidade deixa na unidade”, mas tem problema que a gente não consegue deixar... atendimento para doente mental só tem consulta em 3 meses, gestante não tem vaga em hospital... a gente acaba levando... No final de semana, elas procuram a gente: “Olha, fui em um tal lugar e não consegui vaga, fui em outro não consegui... às vezes a gente acaba até saindo com elas, andando com elas para ver se consegue... porque a falta de vaga (em maternidade) está demais”.

A visita domiciliar, entretanto, não deixa de ser uma ingerência na casa e nos afazeres domésticos:

“Na maioria das visitas, nós somos atendidas pelas donas de casa... e ela está preocupada se é hora do almoço para fazer o almoço, se é para lavar roupa, se é para passar roupa... e, muitas vezes, ela não sabe que importância aqueles 10-15 minutos tem para ela”.

Na opinião dos agentes, o significado do seu trabalho para a população:

“O agente de saúde é o principal (na equipe) porque ele conhece cada família. É tipo assim, se é uma família que o médico chega lá e não pode falar tal coisa, a gente vai e já avisa, essa família é assim, assim; quando chegar, chega com jeitinho. Porque às vezes o vizinho não sabe o que a pessoa passa, mas a gente sabe, porque eles confiam, desabafam tudo...”

“Eles têm um apoio, eles acham um apoio, porque você passa confiança para eles... eles se abrem, eles te falam, eles confiam em você”.

“Eles falam que gostam do trabalho daqui porque as pessoas, eles falam assim: “As meninas do Posto se preocupam com a gente”; eles usam muito esta frase: “As meninas do Posto se preocupam com a gente... a gente nunca teve tratamento assim”. Quando eles falam, eles não falam só do agente. Eles falam “as meninas do Posto”, “o pessoal do Posto”.

“Sempre que as pessoas necessitam de alguma coisa, elas sabem onde contar. Não só com a doença, não. As pessoas aqui nos procuram... sempre tem alguém aqui para dar atenção, para conversar. É como a gente fala: nem sempre as coisas dependem só do médico, não é?”

Como pode ser verificado nesses depoimentos, os agentes pensam que, para a população, sobressai o seu papel de intermediador da relação da família com o mundo exterior e no contato com a equipe de saúde, especialmente com o médico. Por outro lado, aparece a importância atribuída pela população ao cuidado: conhecer de forma mais íntima, preocupar-se com o outro, dar apoio, poder contar em momentos de necessidade ou sofrimento. No entanto, as atividades de suporte social não são privilegiadas no trabalho do agente e nem recebem destaque nas reuniões de equipe.

Entre as ações que os agentes consideram mais importantes para a saúde das famílias, eles são diretamente responsáveis por uma (a visita) e participam em muitas unidades de outra (o grupo educativo):

“Em primeiro lugar, (o que considero mais importante) é que eu vá saber nas casas os problemas deles; em segundo lugar, que eles estejam passando em consulta; em terceiro, que estejam participando dos grupos, porque nos grupos se tem falado de muitas coisas (importantes) para a saúde deles”.

O que os Agentes Comunitários de Saúde esperam do Programa QUALIS?

As concepções, as representações, as expectativas dos agentes em relação ao Programa QUALIS

As entrevistas realizadas com os próprios Agentes Comunitários de Saúde, após leitura e elaboração de um resumo sistematizado dirigido para pontos específicos, possibilitaram a identificação de um determinado padrão de expectativa/percepção/ posicionamento sobre o Projeto e sobre o seu trabalho.

As concepções, as representações, as expectativas de que eram portadores os Agentes Comunitários de Saúde do Programa QUALIS, identificadas mediante análise das entrevistas, serão aqui colocadas em termos de:

O motivo pelo qual resolveram ser Agentes Comunitários de Saúde;

A visão que possuíam sobre o Projeto;

Como caracterizavam (reconheciam, se referiam, identificavam) o Programa implantado;

As principais vantagens/qualidades reconhecidas no Projeto, as quais também são colocadas como motivos de satisfação;

As principais dificuldades/ problemas identificados no Projeto, algumas também colocadas como expressões de insuficiência;

As principais sugestões apresentadas para o Programa;

Os planos individuais e profissionais para o futuro.

O porquê ser agente comunitário de saúde

As razões para a escolha desse trabalho de Agente Comunitário de Saúde variaram muito, conforme se pode observar a seguir, pelos depoimentos.

Ser agente comunitário de saúde apareceu como oportunidade de re-ingresso no mercado de trabalho para muitos; quase um terço dos agentes referem o desemprego e a necessidade de trabalhar como os motivos que os levou a candidatar-se ao posto. Um pequeno número refere que tornar-se agente representou uma etapa de profissionalização do trabalho já investido em atividades de visita a doentes e contato com a população, nesse caso representando um reconhecimento e remuneração de atividade antes voluntária. Cabe ressaltar que a quase totalidade dos agentes entrevistados afirmou desconhecer o que era o trabalho e quais seriam as suas funções como Agente Comunitário de Saúde. A grande maioria imaginava que era para trabalhar com pessoas e essa suposição lhes agradava muito. Seguem-se as principais expressões dos agentes sobre esse quesito.

“Porque eu ia continuar fazendo o que quero, continuar visitando as pessoas”.

“Eu queria mesmo era montar uma horta comunitária, assim facilitaria (SER ACS)”.

“Não deu certo em outro emprego; vim pra cá há 2 ou 3 meses”.

“Necessidade de trabalho e opção de vida”.

“Era Agente lá na Bahia e vim tentar a vida aqui; eu gosto de estar com as pessoas”.

“Vi a placa. não sabia o que era, mas me candidatei”.

“Gostei, mas não sabia o que era quando vim”.

“Desemprego e Interesse”

“Estava desempregado”.

“Quería trabalhar fora e com a população”.

“Sempre gostei da área da saúde, mas eu nem imaginava o que era”.

“Precisava trabalhar; não sabia o que era”.

“Já trabalhava como voluntária, queria ter meu salário também”.

“Já era voluntária no Hospital do Câncer e na favela e gostava muito”.

“Nem sabia o que era ser ACS, mas queria fazer algo para melhorar”.

“Vim de curiosa”.

“Nem imaginava, mas acompanhando as reuniões soube da vaga”.

“Vi a plaquinha; desempregada e me interessei por ser área da saúde”.

“Gosto de lidar com pessoas e estava parada”.

“Desempregada há 10 anos”.

“Desemprego”.

“Já lidava com as pessoas e tenho interesse na área da saúde”.

“Desemprego”.

“Desemprego”.

“Necessidade de me sentir útil; estava precisando mesmo”.

“Fui ver o emprego e gostei da idéia de estar ajudando”.

“Desemprego - não sabia o que era o agente”.

“Já trabalhava com os Vicentinos e sempre quis ajudar”.

“Porque era novidade, nem tinha noção do que era o agente”.

“Não sabia o que queria ser,

“Não tinha idéia do trabalho e desemprego”.

“Comodidade por ser perto de casa”.

“Já era voluntária e fui convidado pela coordenação”.

“Porque a minha irmã insistiu”.

“Achava que o trabalho era temporário”.

“Já era voluntária e fui convidada pra esse trabalho”.

“Desempregada, não sabia o que ia fazer”.

“Via a inscrição estava desempregada; ajudar o pessoal”.

“Já fazia isso com a população”.

“Nem sabia o que era”.

O Programa QUALIS, na visão dos Agentes Comunitários de Saúde.

Ao retratar verbalmente o Projeto no qual estão inseridos, os Agentes Comunitários de Saúde do QUALIS, em geral, expressaram uma oposição entre a concepção de saúde e a de doença: segundo eles, ao contrário da forma de assistência predominante, o QUALIS não estaria voltado só para a atenção a doentes, mas incluiria as atividades de prevenção e promoção da saúde. Seu objeto de atuação também não se limitaria ao indivíduo, mas abarcaria a família. Como estratégia de atuação, a assistência não estaria centrada no trabalho do médico e no espaço do consultório, mas envolveria uma equipe na qual estaria incluído o próprio agente de saúde e a visita domiciliar.

Os depoimentos abaixo são ilustrativos:

“O sistema de saúde curativo já existe em todos os lugares. No sistema de saúde do QUALIS a gente trabalha muito mais no sentido de prevenir para que no futuro talvez a gente possa ter uma condição de vida melhor. Porque não adianta estar fazendo o programa curativo e a doença permanecer, e retoma um pouco um sistema que antes existia, de conscientização, de (entendimento) que nem tudo depende do médico..”.

“QUALIS é um projeto da família, tem que trabalhar com a prevenção, prevenindo tudo...”

“O QUALIS não espera só as pessoas, a comunidade vir até o posto, nós vamos até eles.”

“O QUALIS veio para tomar conta, para cuidar da população, que não é só saúde, tem a moradia, como a pessoa vive, se está empregada... O QUALIS veio para unir todas as pessoas em prol de uma coisa melhor para todas elas, para todos nós que moramos aqui.”

“Os outros postos de saúde que a gente tem aqui na região não têm o agente comunitário. Então, essa é a grande diferença que o pessoal sempre fala...”

“Nós trabalhamos com cadastramento... cada agente tem no mínimo 200 famílias cadastradas. Para essas pessoas, o agente faz visita domiciliar, trabalha com a visita, com orientações e prevenção. O que vem para o Posto é (a procura de) exames... porque a gente orienta sobre Papanicolau... e a procura por consulta médica... tem algumas pessoas que não entendem a prevenção, que tem a cabeça voltada mais para a consulta médica.”

“O QUALIS procura ajudar o pessoal que está mais necessitado...”

“Para muitos, é quase que nem um pronto socorro. Porque para as pessoas, além de ter um bom atendimento, parece que se torna amigo dos médicos”.

Um outro olhar lançado sobre os depoimentos possibilita a identificação, nas visões expressas sobre o Projeto, de ênfase em, pelo menos, três diferentes dimensões:

- Visões que enfatizam as dimensões políticas do Programa; Visões com maior ênfase em determinadas características ou princípios do modelo de atenção;
- Visões mais voltadas para dimensões relacionadas com as ações profissionais desenvolvidas.

Nessa linha de análise, identifica-se que a maioria dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados demonstrou ser portador de uma visão do QUALIS a qual enfatiza as **dimensões políticas**. Entre as expressões, as que se seguem:

“O QUALIS procura ajudar as pessoas necessitadas, carentes”

“Garante qualidade integral de saúde”

“Quer melhorar a qualidade de vida das pessoas”

“Veio para unir as pessoas do bairro para melhorias”

“Cuida não apenas da saúde, mas também da moradia e do emprego”

“Veio para ajudar as pessoas a terem uma vida melhor”

“Veio para conscientizar as pessoas que saúde não é só médico”

“Veio para revolucionar”

Ao mesmo tempo em que se manifestavam enfatizando as dimensões políticas do QUALIS, a maioria dos agentes expressou uma visão relacionada com algumas importantes **dimensões do modelo de atenção - inclusive dimensões organizativas** - propostas pelo QUALIS. Algumas expressões são muito sugestivas:

“Dá ênfase na prevenção de doenças e na promoção da saúde”

“Garante atendimento a toda a família”

“Cuida desde a gestação até o vovôzinho”

“Ensina as pessoas a se cuidarem melhor”

“O agente é o elo de ligação entre o serviço e a comunidade”

“O agente de saúde é o profissional-chave”

“O agente é quase parte da família”

“É uma equipe que cuida, que acompanha as famílias”

“A equipe tem o agente comunitário, o médico de família, a enfermeira de família e o auxiliar de enfermagem”

“É um programa de médico da família, programa de saúde da família”

“Traz consolo, esperança para a pessoa”

“Melhorar a saúde das pessoas através do ensinamento”

“Garante continuidade do atendimento com o mesmo médico”

“As atividades mais importantes são: a informação e o atendimento”

“Tenta fazer com que as pessoas acreditem, de novo, no serviço de saúde”

“Fazer uma vida melhor no ambiente em que as pessoas vivem”

“Não espera as pessoas, vai até elas”

“Descobre as doenças”

“O treinamento dos agentes é dentro da casa das pessoas “

“É quase um Pronto-Socorro”

“Com as ações preventivas, pretende evitar a sobrecarga de outros níveis”

“Valoriza o atendimento no posto e evita a sobrecarga para o hospital”

“Programa que se preocupa não apenas com o corpo das pessoas, mas também com o sentimento”

“Veio para acabar com esse negócio de que a gente é só um número e nada mais”

Alguns Agentes Comunitários de Saúde, entretanto, expressaram uma visão do Programa QUALIS que valorizava dimensões mais da prática diária, ou seja, das ações profissionais desenvolvidas, do agir, do ser, pelos membros da equipe.

Como exemplos:

“É uma palavra de conforto, um sorriso, o ouvir que ajudam”

“Cuida da pressão alta, do diabete, da forma física das pessoas, do peso”

“Valoriza as anotações”

“O médico conhece as famílias”

“O sigilo como ponto fundamental do trabalho do agente”

“O médico conhece as pessoas e os problemas através do agente”

“Conscientizar as pessoas de que têm que se cuidar, que tomar remédio”

“O agente tem o objetivo de visitar, saber das doenças, fazer prevenção”

“O agente tem que ter ética (não pode ser indiscreto) mas também tem que ter coração, ser humano, ser solidário”

“O agente passa o que aprende na equipe para “eles”

“Quando a pessoa está acamada, o agente vai verificar e a equipe se reúne para ver o que pode fazer por aquela família”

“Cada equipe tem que dar 100% de si”

“Equipe muito unida”

“Tem que adotar uma maneira simples de falar para ser entendido”

O Programa implantado e em funcionamento, segundo os Agentes.

Através das entrevistas com os agentes, identifica-se a percepção de que o Programa implantado é essencialmente diferente do que existia anteriormente nos serviços de atenção básica à saúde da cidade. Segundo eles, as equipes de saúde da família e suas respectivas unidades de saúde foram instaladas em áreas consideradas como “carentes”, muitas com equipamentos de saúde já existentes, mas praticamente desativados pela falta de profissionais. Os agentes relatam que o funcionamento de unidades de saúde veio, muitas vezes, responder às expectativas da comunidade para atendimento de suas necessidades, expressas através da mobilização popular: muitos deles tiveram participação efetiva, pois eram parte da própria “comunidade”, conforme se pode observar nos depoimentos:

“O Posto aqui existia há 4 anos, só que com poucos recursos. Vinha médico de vez em quando, às vezes nem vinha e o bairro é grande e a necessidade é grande. Quando surgiu a oportunidade do QUALIS, a gente batalhou para conseguir...”

“A unidade, na verdade, já tinha; já tinha o posto aqui, mas era inativo”.

“Foi através da Igreja que veio o Posto. O Padre... é que correu atrás e também nós todos... Nossa! ... Nós lutamos três anos, foi assim uma luta forte,... uma luta muito boa e vitoriosa. O Padre falou assim: “Primeiro a gente entra na luta do Posto, a gente consegue o Posto, depois a gente faz a horta (comunitária)”.

“... Vacinei meu filho lá, eu nem vinha aqui porque esse posto aqui era muito abandonado, muito sombrio... acho que até por falta de verba mesmo não dava para eles cuidarem direito”.

“Esse Programa QUALIS, na minha opinião, foi uma luta da diretora. Porque se não fosse uma luta da diretora, que o Posto já estava quase fechado, ficou 2 anos sem atendimento, sem nada, só dentista e acho que as enfermeiras para dar vacina e tal. Não tinha médico”.

Nas entrevistas, os agentes diferenciam a assistência médica clínica (em consulta ambulatorial ou em pronto-socorro) do que aparece como um diferencial positivo do QUALIS, a possibilidade de prevenção de problemas de saúde, de fazer diagnóstico precoce e de manter um acompanhamento:

“Quando nós não tínhamos aqui, eles me relatam que iam procurar uma outra unidade, lá no, que é perto da linha. É do Estado, só que lá você precisava acordar às 3 horas da manhã para ficar na fila, para tentar passar em uma consulta. Ou ir ao pronto socorro quando estava doente... não existia prevenção da doença”

“Não tinha aquele acompanhamento, não tinha aquela prevenção, não tinha uma orientação... era coisa de pronto-socorro, sem atendimento”.

“Aqui é um trabalho que a Doutora vai na casa... mesmo o trabalho de consultório, demora um pouquinho porque a Doutora conversa bastante, ela vê assim, desde os pais...”

Quase todos os agentes relatam que, no início da implantação do PSF, os moradores visitados achavam que era uma proposta político-eleitoreira, mas que, com o tempo, foram vendo que era *“uma renovação na saúde”*. Portanto, o PSF é entendido e vivenciado como uma reorganização da assistência à saúde, uma alternativa à prática assistencial hegemônica.

“Acho que o QUALIS veio para unir os moradores, unir as famílias no conhecimento. Porque já que o médico atende todo mundo da mesma família, ele passa a conhecer cada membro da família, e não uma ...e os problemas de todos. Porque eu acho que muitas vezes a gente pensa que (o problema) está em um e não é: o problema está mais em outra pessoa da família, que acaba acarretando o problema geral. Mas não é só assistência médica, mas eu acho que é apoio... tem pessoas que precisam mesmo de atenção, de alguém para conversar, para desabafar seus problemas”.

A diferença entre as formas de concepção dos cuidados da saúde é entendida como relacionada com a oferta de atenção: o QUALIS vem se implantar em muitas áreas onde a oferta anterior de assistência era do tipo atendimento a queixas, baseada em consulta médica. A oferta de orientações para prevenção é nova e não corresponde à experiência anterior da população.

“Eles ainda têm a cabeça voltada para a consulta médica porque nós nunca tivemos um trabalho de prevenção que nem temos agora na região... Se todo mundo fizesse um pouco o que a gente faz, não teria tanta desinformação. .As pessoas, com este trabalho que a gente faz, começaram a valorizar a própria saúde, porque, até então,

eles achavam que a saúde deles dependia do médico — o que não é verdade. A saúde nossa é responsabilidade nossa”.

“50% são pessoas muito resistentes...”

Ainda ao focar o QUALIS no dia a dia, o Programa em funcionamento, nesse particular, aqui também se observam ênfases diversas em diferentes aspectos, como por exemplo, em aspectos gerenciais, ou ainda nas dimensões técnicas do trabalho, sejam relacionadas ao modo de fazer ou ao próprio fazer (atividades-fim).

Como pronunciamentos que demonstravam ênfase nas dimensões de gerência, ressaltam-se:

“O agente é o elo entre a família e a equipe”

“Todo mês passamos nas casas”

“Uma vez por mês, há reunião com a população”

“Tem que anotar tudo o que faz”

“Houve treinamento inicial”

“Tem educação continuada”

“Quando a consulta não está marcada, passa pelo acolhimento”

“Duas vezes por semana, há reunião de equipe”

“Atendimento completo”

“É quase um Pronto-Socorro”

“Tem cadastro das famílias”

“Sem o agente, não tem como o médico ou o enfermeiro saber o que está acontecendo na família”

“A enfermeira é chefe dos auxiliares de enfermagem e dos agentes”

Ênfase nas Dimensões técnicas do trabalho:

“O médico, além de atender, ele conversa”

“O médico de família entende um pouquinho de cada coisa”

“O trabalho do médico é mais de psicólogo”

“O médico / enfermeiro / o Posto fica sabendo das doenças, de tudo do bairro, pelo cadastramento que o agente faz”

“O agente vai nas casas, vê as necessidades e traz para discussão, para ser resolvido pela enfermeira / equipe”

“O agente orienta em tudo o que está precisando”

“O auxiliar é o profissional, ele faz coisas que o agente não pode fazer: injeção, medir pressão, curativos”

“O QUALIS tem várias atividades para a saúde, até caminhada”

“A enfermeira também participa de grupos, faz consultas, faz visitas domiciliares para quem está acamado, mede pressão”

“Há grupos de adolescentes, gestante, hipertenso, de climatério, de terceira idade”

“O agente faz visitas, participa de grupos, de caminhadas, chama para vacinação”

“Atende principalmente hipertensos, diabéticos e gestantes”

“O médico faz VDs, grupos e vai às reuniões”

“O agente vai nas casas, esclarece as famílias, faz o cadastro”

“O agente faz orientação:

-na medicação

-para não deixar rua suja, o esgoto aberto, ter lazer, saneamento

-sobre dietas”

“Trabalho em equipe (um ajuda o outro)”

“Tudo o que faz é anotado”

“O agente faz orientação para conscientizar que pode melhorar”

“O agente faz orientação para Ter melhoria no bairro”

“O médico vai às residências, se preciso”

“O enfermeiro faz a primeira visita ao recém nascido para levar orientação à mãe e à criança”

“O agente acompanha as visitas do médico, do enfermeiro e do auxiliar”

“Acompanhamento de gestantes e crianças”

“A equipe de saúde tem médico, um enfermeiro, um auxiliar”

“A equipe é que diz o que vai ser feito e como vai ser feito”

“No acolhimento, de acordo com o caso, passa pela auxiliar, enfermeira ou médico”

“Uma vez por mês há reunião com a população”

“Há casos que precisa ir três vezes por semana nas casas, e há os que precisa ir todos os dias”

“As atividades mais importantes são, pela ordem: visitas, consultas e grupos”

“Em muitas casas, o agente é considerado da família”

“As dificuldades são resolvidas nas reuniões da equipe”

“O enfermeiro tira as dúvidas do agente”

“O médico vai uma vez por semana nas casas”

“Agente de saúde é um mobilizador”

“Tem consulta e grupo de esclarecimentos sobre prevenção de doenças”

“O que mais atende é grupo, pressão alta e doença respiratória”

“A enfermeira faz atendimento também, igual ao médico”

“A equipe visita os acamados”

“O auxiliar é o que trabalha diretamente com o paciente; o agente só leva comunicação”

“A agente faz o diagnóstico de saúde da população”

“A enfermeira é ajudante do médico”

“Duas vezes por semana há reunião de equipe”

“O planejamento de trabalho do agente é feito por rua”

“O agente convoca as pessoas para os grupos”

“O agente faz reserva de consulta de odontologia e define quem deve ser atendido primeiro porque conhece as pessoas”

“O médico visita os acamados, passa exames, automaticamente ele passa para a enfermeira, que passa esses exames para o auxiliar para que ele vá na casa fazer a coleta”

“A equipe ajuda, reanima, restaura e fortalece”

“O médico coordena as reuniões da equipe”

“O Agente trabalha na rua”

“O mais importante para o trabalho é o que se anota nas visitas”

Os Agentes Comunitários de Saúde e a satisfação no trabalho.

As principais vantagens/qualidades reconhecidas no Projeto foram também consideradas nas entrevistas , pelos agentes, como motivos de satisfação no trabalho.

Na quase totalidade dos depoimentos, identificam-se agentes satisfeitos com o trabalho, quer pela sensação de gratificação pela ajuda ao outro e de resolubilidade, quer pela ampliação do conhecimento na área da saúde e reconhecimento da população por esse conhecimento. No entanto, a satisfação não descarta a vivência de situações de angústia e sofrimento.

Nas entrevistas, as vantagens e qualidades que os agentes reconhecem no Programa QUALIS são, muitas vezes, colocadas como os principais motivos de maior satisfação no trabalho. Assim, os motivos de satisfação expressos pelos agentes foram aqui caracterizados como abrangendo quatro principais dimensões:

- os motivos aqui considerados como relacionados à gestão do Projeto;
- os motivos que podem ser considerados como relacionados à gerência do processo de trabalho;
- os motivos relacionados às dimensões técnicas do trabalho;
- os motivos relacionados às possibilidades do modelo de transformação social.

Como motivos relacionados à Gestão do Projeto, são citados pelos agentes (mais de uma citação), pela ordem:

100% dos agentes colocaram como motivo de satisfação, *o trabalho em equipe, o apoio que dela recebem, em especial do enfermeiro e do médico; o trabalho em equipe permite aprendizado, alcançar o objetivo;*

100% dos agentes também referiram, como motivo de satisfação, a alegria com o reconhecimento pelo seu trabalho, assim expressa: *a confiança que as pessoas têm no agente comunitário de saúde e na equipe de saúde da família; quanto mais o agente vai nas casas, mais as famílias querem que vá;*

95% citaram que *as pessoas não têm que se deslocar do bairro para ter atendimento, que aumentou o acesso e a facilidade do atendimento para as pessoas e que é bom / gratificante para os que são atendidos;*

80% evidenciaram a preferência, *o gosto das pessoas pelo atendimento prestado pelo QUALIS (mesmo os que têm convênios), o fato de com a implantação do QUALIS, ter melhorado o respeito que as pessoas tinham pela unidade básica de saúde;*

80% referiram satisfação com o fato de que, *com a chegada do QUALIS, a situação de saúde do bairro melhorou;*

30% referiram *o elo com as famílias, o convívio que o trabalho proporciona, e finalmente,*

25% dos 40 agentes entrevistados demonstraram a sua satisfação com o fato de que, *no QUALIS, todo mundo tem nome, as pessoas conhecem o agente, a enfermeira, sabem quem é o diretor da unidade.*

Como relacionados à Gerência da Unidade de Saúde e do modelo de atenção à saúde, os motivos de satisfação, as vantagens e qualidades do QUALIS são assim e na seguinte freqüência expressos:

Cerca de 50% dos agentes entrevistados referem como vantagens o fato do *treinamento e da educação continuada serem muito bons;*

Também cerca de 50% dos referem como vantagem o fato do *médico ir em casa (parecia “coisa do outro mundo”), da equipe de saúde que vai em casa ;*

Foram também muito referidos como vantagens do Projeto e motivos de satisfação:

“O vínculo paciente / médico / agente”

“Fornecer medicamentos”

“A equipe (através do médico e do enfermeiro de família) orienta o agente (as dúvidas são tiradas em equipe, em reuniões)”

“A continuidade no atendimento”

“As reuniões com a comunidade”

“O serviço do agente é muito legal, é como se fosse treinamento diário”

“Os membros da equipe se tratam como iguais”

“Ter a enfermeira para orientar o agente”

“A equipe já se conhece há três anos (dão-se bem, parece um casamento)”

“As reuniões de orientação com a enfermeira para resolver dificuldades”

“O QUALIS faz internação em casa”

“Desde o médico, diretor, coordenador, enfermeiro, nós todos somos uma família”

Como vantagens/ motivos de satisfação relacionados a Dimensões Técnicas do Projeto são mais referidos pelos agentes:

“A qualidade do trabalho (do atendimento)”

“O médico faz exame completo (“dos pés à cabeça”)

“Ter médico que conhece todas as pessoas”

“Registrar as atividades para não perder”

“O médico dá atenção ao paciente”

“Já houve melhoria com o atendimento dos hipertensos e diabéticos”

“As reuniões de equipe que têm para discutir, conversar

“Ter dentista”

“O agente não estar sozinho, ter uma equipe”

“Os profissionais da equipe transmitem confiança, passam conhecimento e força de vontade”

“Os agentes que vão nas casas saber o que eles têm”

“As pessoas pegam muita confiança no médico”

“É importante caminhar com eles”

“O médico explica tudo”

“A equipe entrosada”

“Nas equipes há pessoas que se empenham”

“Ter folheto de orientação ao trabalho”

“O controle dos doentes crônicos”

“O mais importante para a saúde são a consulta, a higiene e a dedicação da família com o paciente”

“Ter respaldo médico para os problemas”

“O fato do retorno ser sempre com o mesmo médico”

“A situação de saúde melhorou muito porque o médico explica tudo”

“Apesar de não poder fazer muito, o agente se sente prestativo”

Como vantagens/ qualidades /motivos de satisfação relacionados à dimensão de Transformação Social do Projeto, consideraram-se as seguintes expressões mais referidas pelos agentes:

“Antigamente o médico estava acima de todos; ele ainda tem a última palavra, mas é mais humano”

“Humanização do atendimento”

“Melhorou o nível de informação das pessoas (sobre as doenças também)”

“A troca de conhecimentos entre os agentes e a população”

“As pessoas têm outra alternativa, além do remédio”

“É um bairro de pessoas participantes, solidárias”

“A gente aprende, participa, se emociona”

“Ficou mais fácil as pessoas cuidarem de si mesmas”

“Melhorou a qualidade de vida das pessoas”

“Conseguir mexer e melhorar a vida pessoal do próprio agente”

“O QUALIS aumentou a união das pessoas do bairro (eles se conhecem, vêm junto para reuniões)”

“Você conseguir se doar, se preocupar com o próximo”

“O QUALIS tem feito as pessoas gostarem de si próprias”

“O agente resgata as pessoas”

“A importância do nosso trabalho está na mudança de hábitos”

“Apesar de não poder fazer muita coisa, o agente se sente prestativo”

As principais dificuldades/ problemas identificados no Projeto, a maioria deles também colocados como expressões de insatisfação, são abaixo relacionadas.

Também os problemas identificados e as manifestações de insatisfação puderam ser agrupados, segundo categorias de análise:

Aqueles relacionados à Gestão, na ordem de frequência de citações:

“O agente só faz levar e trazer informação, mais nada”

“O agente deveria ser capacitado para medir pressão, pesar crianças, testes de diabetes (não somos reconhecidos como profissionais)”

“Ter pessoas que não estão na área do QUALIS, que não são atendidas”

“O projeto precisaria ser expandido para dar mais chance a mais pessoas de serem bem atendidas”

“Não é fácil entrar na casa das famílias (no começo não foi fácil)”

“O QUALIS está virando um pronto socorro, de tanta gente que procura”

“As pessoas que não atendem quando o agente bate na porta”

“O posto deve funcionar 24 horas ou ter um Pronto Socorro”

Dificuldades / motivos de insatisfação relacionados à Gerência:

“Falta de recursos humanos (psicólogo, especialistas)”

“A população reclama que as consultas são demoradas, que a espera é grande para a consulta marcada”

“As pessoas que querem ser atendidas na hora que chegam”

“Falta de medicamentos”

“Os serviços de referência (hospital, e outros) nem sempre atendem bem as pessoas”

“No início, foi difícil trabalhar em equipe”

“Muita burocracia, muito papel para preencher (deveria ter mais visitas) quando a gente está acostumando, chega outro”

“O acesso aos especialistas é difícil”

“Falta de espaço físico na unidade”

“Devia ter especialistas em cada unidade”

“O auxiliar de enfermagem fica muito preso na unidade”

“Às vezes chegam no posto e o médico e o enfermeiro saíram para fazer capacitação / reunião – sem avisar antes”

“No começo, ficou insegura, tinha medo de errar”

“O treinamento tem que ser mais prático: não pode ficar só na unidade, tem que ter visita e caminhada”

“Os agentes perdem muito tempo fazendo levantamento”

“A participação dos grupos nas reuniões é pequena”

“Apesar dos treinamentos constantes, aparecem coisas diferentes”

“Não tem material que oriente o trabalho (depende só do pessoal)”

“Falta tempo para fazer tudo o que precisa”

“Falta uniforme”

“Os agentes homens têm dificuldade em serem aceitos”

“Falta de ambulância quando alguém precisa”

“O treinamento deve incluir como lidar com as pessoas, o preparo psicológico (o doente está fragilizado)”

“Os conflitos entre o usuário e a equipe recaem sobre o agente”

“Quem “agüenta” mais o trabalho e as reclamações é o agente”

“As pessoas deveriam colaborar mais com a unidade”

“O treinamento inicial foi pequeno”

“A saída de médicos das equipes”

Dificuldades / motivos de insatisfação relacionados a Dimensões Técnicas:

Nesse particular, embora com poucas referências de insatisfação, cerca de 10% dos agentes entrevistados apontaram, como insuficiência do QUALIS,

- a falta de material para o trabalho do agente;
- o fato de o agente envolver-se com os problemas das famílias e
- haver muito encaminhamento de pacientes.

Motivos relacionados à proposta de mudança do modelo, à transformação social, às características do modelo de reorganização da atenção à saúde:

Se por um lado praticamente 100% dos agentes entrevistados referiram, como motivo de insatisfação problemas do QUALIS, questões relacionadas ao comportamento das pessoas em relação ao Projeto, como se vê a seguir:

“há pessoas que não seguem as orientações de comparecer na unidade e merecem um ‘puxão de orelha’”

“há pessoas que não entendem o Programa (como prevenção e tratamento) e querem pronto atendimento”

“as pessoas do bairro têm mania de vir ao médico, por coisa à toa”

“a demanda por consulta é muito grande”

“as pessoas querem as coisas prontas, são muito exigentes, querem respostas imediatas”

“as pessoas não se dispõem a participar, são muito fechadas, muito desconfiadas”

“há pessoas que precisam que o agente ‘fique em cima’”

“a dificuldade para adesão de algumas pessoas ao Projeto”

“há pessoas que discordam, nem Deus agradou a todos”

“o agente tem que ter muita paciência”

Por outro lado, também cerca de 100% dos agentes expressam ter consciência da insuficiência do QUALIS, do saber e do trabalho do agente para lidar com questões concretas do dia-a-dia das famílias em uma metrópole com específico perfil de morbi-

mortalidade e com específicas condições sociais. Essa consciência orientava a caracterização dessa insuficiência como dificuldades do Programa, o que muitas vezes gerava insatisfação e sensação de impotência por parte dos agentes.

“a insuficiência do trabalho do QUALIS para resolver os problemas de todas as pessoas”

“o trabalho mexe com a cabeça do agente porque há coisas que não dá para resolver: o desemprego, violência, pobreza”

“há pessoas que precisam é de se alimentar”

“o agente deveria ser treinado para lidar com problemas como drogas, fome, violência”

“não poder resolver problemas de asfalto, de saneamento”

“problemas difíceis que interferem com a saúde, como o desemprego”

“poderia estar fazendo um trabalho de maior orientação aos jovens; em regiões de tráfico de drogas”

“A teoria do trabalho é uma coisa e a prática é outra (faz planejamento, mas há imprevistos, às vezes não sabe como agir)”

“No fim de semana os casais brigam e 2ª feira é uma tensão”

Sugestões para o Programa QUALIS

Convidados a emitir sugestões para o Programa QUALIS, os Agentes Comunitários de Saúde referiram, em suas colocações, variados e diferentes aspectos do Projeto, desde as condições de estrutura física das unidades básicas de saúde, muitas vezes alugadas, até a questão das competências do Agente Comunitário de Saúde, passando pela garantia de medicamentos prescritos, humanização do atendimento e ampliação do acesso para os não residentes na área de abrangência e pelo reforço à participação da população.

“Que houvesse expansão do programa, mais espaço (físico) na UBS e que todos se doassem 100% ao trabalho”

“Que o agente pudesse medir pressão, fazer teste de diabetes, medir e pesar as crianças”

“Mais participação da comunidade, resolver a questão do lixo a céu aberto”

“Trabalhar para que as pessoas participem mais da comunidade”

“Que a UBS tivesse mais espaço físico”

“Mais medicação para população aprimorar o trabalho”

“Que houvesse expansão do programa”

“Dentista para população”

“Mais humanização dos profissionais”

“Melhorar as referências (hospital não mandar de volta sem resolver)”

“Mais medicação e ambulância”

“Especialização pro agente tipo auxiliar de enfermagem, para que o agente possa medir pressão; e também aumentar o PSF e diminuir o número de famílias por equipe”

“Galpão para grupos”

“Aprimorar o trabalho”

“Mais espaço no posto. Que o ACS possa medir febre, pressão”

“Hospital de referência como o QUALIS”

“Mais médicos para atender além do que é a área de abrangência”

“Não ter que avisar: "Olha, a sua consulta foi desmarcada", esse não é o nosso trabalho. posto maior, dentistas e mais medicamentos”

“Ampliar o número de equipes”

“QUALIS tem que ir pra todo mundo”

“Que o ACS faça curativo e PA”

“Mais postos como este”

“Saneamento básico e mais empregos”

“Mais médicos”

“Mais postos, saneamento básico, mais dentistas e ACD e que esse projeto tivesse em outros lugares”

“Mais ações com a juventude e contra uso de drogas”

“Mais computadores na UBS, mais higiene das pessoas (moradores)”

“Mais ACS para dividir as 250 famílias”

“Mais ajuda do povo para reivindicar melhorias, posto maior e mais medicação”

“Terminar o hospital de vila alpina”

“Que a unidade tenha Ultrassom”

Planos para o Futuro

Apresentam-se, abaixo, as **manifestações** sobre os **planos para o futuro** dos 40 Agentes Comunitários de Saúde do Programa QUALIS, em 1999.

“Gravar um CD, ter uma creche, montar uma horta comunitária, continuar trabalhando com a comunidade”

“Continuar como ACS”

“Muitos...”

“Fazer auxiliar de enfermagem”

“Fazer curso de auxiliar de enfermagem”

“Terminar meus estudos e cursar auxiliar de enfermagem”

“Especialização para ACS; poder medir febre, ver pressão”

“Continuar estudando, terminar auxiliar de enfermagem e meu sonho é fazer faculdade de psicologia ou assistente social”

“Fazer curso de auxiliar de enfermagem”

“Continuar cuidando da comunidade, acabar meu curso de auxiliar e cursar faculdade”

“Me formar como auxiliar de enfermagem e continuar no QUALIS”

“Estudar e fazer enfermagem; Ver a melhoria do bairro: melhoria da saúde, mais hospitais, medicação”

“Fazer serviço social”

“Continuar ajudando a comunidade”

“Fazer enfermagem e prestar concurso pra trabalhar como tenente na PM”

“Fazer curso de auxiliar de enfermagem e continuar trabalhando”

“Ter uma casa própria e uma vida melhor”

“Fazer auxiliar de enfermagem; Terminar auxiliar de enfermagem”

“Voltar a estudar, cursar faculdade de administração e ajudar mais as pessoas”

“Trabalhar mais com ser humano na área da saúde”

“Fazer curso de auxiliar de enfermagem e espero que o QUALIS não acabe”

“Aprimorar o que eu estou fazendo”

“Estudar mais. Fazer faculdade na área (de saúde) ou curso de auxiliar de enfermagem”

“Ajudar mais as pessoas, dar conselhos para os novos lutarem porque serão o futuro”

“Fazer curso de auxiliar e quem sabe ser também uma médica. Continuar cuidando das pessoas”

“Fazer enfermagem”

“Ser enfermeira do PSF”

“O principal é residência, moradia, melhorar a infra-estrutura”

“Ir embora pro nordeste. Ter um emprego melhor”

“Voltei a estudar pra ter maior conhecimento. Me aperfeiçoar”

“Ampliar mais na área”

“Aprender a lidar melhor com as pessoas”

“Iria morar num sítio”

“Estudar mais. Fazer enfermagem para me aprofundar”

“Terminar estudos. Fazer auxiliar de enfermagem ou curso para instrumentadora cirúrgica”

“Ser enfermeira”

“Aprimorar o trabalho”

“Terminar auxiliar de enfermagem e fazer serviço social”

Em relação aos planos para o futuro, chama atenção a perspectiva de continuidade de estudos, com destaque para o campo da enfermagem. Aparecem também em algumas entrevistas a área de psicologia e assistência social, dois outros campos que lidam com necessidades da população. O estudo representa tanto uma oportunidade de aprofundar conhecimento, mantendo o trabalho de agente, como de profissionalização, especialmente como auxiliar de enfermagem.

Ainda em relação à continuidade de estudos, evidenciam-se os planos para o futuro relacionados com a formação em Auxiliar de Enfermagem na medida em que, nas entrevistas, os agentes demonstraram serem portadores de um entendimento da diferença de atividades e de papéis, no Programa, entre o agente comunitário e o auxiliar de enfermagem.

Perguntado sobre a diferença do seu trabalho com relação ao do auxiliar de enfermagem destaca-se, em algumas entrevistas, a referência ao que o agente tem a menos no âmbito da realização de procedimentos técnicos que envolvem materiais/ insumos; no que tange às ações educativas, os agentes parecem sentir-se equivalentes aos auxiliares:

“Ah, a diferença é que a gente não pode fazer inalação, a gente não pode medicar, a gente não pode... recolher sangue na área. ... É só essa a nossa diferença, porque tudo que eles palestram... as orientações que eles dão, a gente dá a mesma. ... As visitas também são feitas do mesmo jeito, a não ser curativo, que os auxiliares têm que fazer e nós não podemos”.

“Uma coisa que o povo conta para nós não conta para o auxiliar; o auxiliar vai nas casas rápido, com pressa porque vai fazer um curativo. Nós temos mais tempo para ouvir as pessoas, assim com calma, orientando... Cada um tem a sua função”.

Nas entrevistas com os agentes que dispõem de um entendimento mais positivo sobre a sua função — destaca-se este algo a mais do trabalho do agente, que é a relação com a população:

“Nós que somos o olho do Programa QUALIS... nós que vamos nas casa, que vemos tudo, as necessidades”

“O agente conhece a realidade de toda a sua área, conhece cada pessoa (ou quase todas). O serviço do auxiliar é aplicar injeção, fazer uma vacina, verificação de pressão arterial, um curativo, e vão (nas casas) ver uma pessoa acamada, fazer uma sensibilização. A diferença que eu acho é que o agente conhece tudo assim da área e o auxiliar não. Se você não levar ele até essa família ele não vai saber”.

“A nossa função é a informação, a orientação... Não só a gente informa a população, mas também traz informação da população para dentro do Posto. ... A gente não

trabalha só no sentido de informar sobre a doença, mas lá a gente está vendo o que precisa: se a família precisa de algum tratamento de água, de esgoto... o tratamento do lixo...”

“Eu vou nas casas... eu vejo o meu trabalho como muito importante porque eu posso estar ajudando as pessoa... (por exemplo) sair de uma depressão, sair de uma tristeza... e é gratificante para a gente, não em salário, mas em termos de pessoa... chega em casa e está realizada”.

“O auxiliar de enfermagem está mais ligado na área de medicamentos. Agora o agente, não, porque ele é mais um mobilizador mesmo. Por maior que seja o vínculo da equipe com as pessoas, o do agente comunitário é sempre maior, porque a gente está ali no dia a dia, sempre indo naquela casa. Porque fora isso, ele é um vizinho, um amigo... não é só a ‘menina do Posto”.

Esse assunto: a tendência a áreas como da enfermagem será abordado posteriormente, quando se tratar dos cursos realizados, no estudo de 2004, pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Em termos das características necessárias ao Agente Comunitário de Saúde, eles próprios destacam as seguintes: coragem, flexibilidade, solidariedade, respeito para com o outro, discrição, disposição para aprendizado e troca de conhecimentos, habilidades para comunicação, condições físicas e mentais.

Identifica-se, ainda, uma série de opiniões que conformam a identidade do sujeito-agente por referência aos outros sujeitos, à população, à equipe, às instituições:

“Não que elas comecem a correr junto ao nosso lado, mas que elas comecem engatinhando, depois andando, até elas aprenderem a correr...”

4.2 - AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF 2004.

Quem eram os Agentes Comunitários de Saúde do PSF em 2004?

INTRODUÇÃO

Cabe novamente referir que os dados e as informações aqui utilizadas advieram de duas fontes principais:

- em primeiro lugar, de Documento Descritivo e Analítico dos dados sobre os Agentes Comunitários de Saúde coletados pela Secretaria Municipal de Saúde, Documento esse elaborado e apresentado à SMS de São Paulo e à UNESCO, em 2005, pela Profa. Dra. Regina Marsiglia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo com a participação, em relação ao estudo sobre os Agentes Comunitários de Saúde, da Dra. Joana Azevedo da Silva. Segundo fontes da Secretaria Municipal de Saúde, os agentes atenderam a convite da Secretaria Municipal de Saúde, no dia 07 de agosto de 2004, com os objetivos de apresentar e discutir o Curso de Formação dos Agentes Comunitários de Saúde a ser iniciado em breve, e preencher o instrumento de coleta de dados, cujo modelo encontra-se em anexo;
- síntese das conclusões de Documento do processo de definição de competências do Agente Comunitário de Saúde que atua na cidade de São Paulo, desencadeado pela Coordenação da Atenção Básica e PSF da SMS, com o objetivo de orientar a elaboração da Proposta de Currículo para o Curso de Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde, formação essa definida, orientada e a ser financiada pelo Ministério da Saúde. Esse Documento a que se teve acesso foi elaborado pela Consultora Profa. Dra. Maria Auxiliadora Córdova Christófar, em 2004.

Nessa ocasião, diferentemente do que acontecia em 1996, para viabilização do PSF, a Secretaria Municipal de Saúde contava com doze Instituições Parceiras com as quais mantinha Convênio. A Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, parceiras pioneiras do Estado para implantação do Programa QUALIS no município, assinaram também Convênio com a Secretaria Municipal de Saúde para viabilização da Política Municipal de Organização da Atenção Básica à Saúde, definida em 2001.

Face à riqueza das informações e à multiplicidade dos aspectos e variáveis abrangidos pelo Estudo desenvolvido, selecionaram-se, para este Relatório, os principais aspectos relacionados com os objetivos.

Entretanto, a diversidade de objetivos dos dois estudos – o de 1999 e o de 2004 -, das metodologias específicas, do contingente de agentes participantes e o aproveitamento que, posteriormente, foi feito dos dados e informações, fazem com que, embora se tenha procurado buscar dados, selecionar variáveis que propiciassem informações análogas, as considerações aqui colocadas apresentem variados graus de aprofundamento, na dependência da variável ou da dimensão considerada em cada um dos produtos oriundos dos estudos referidos.

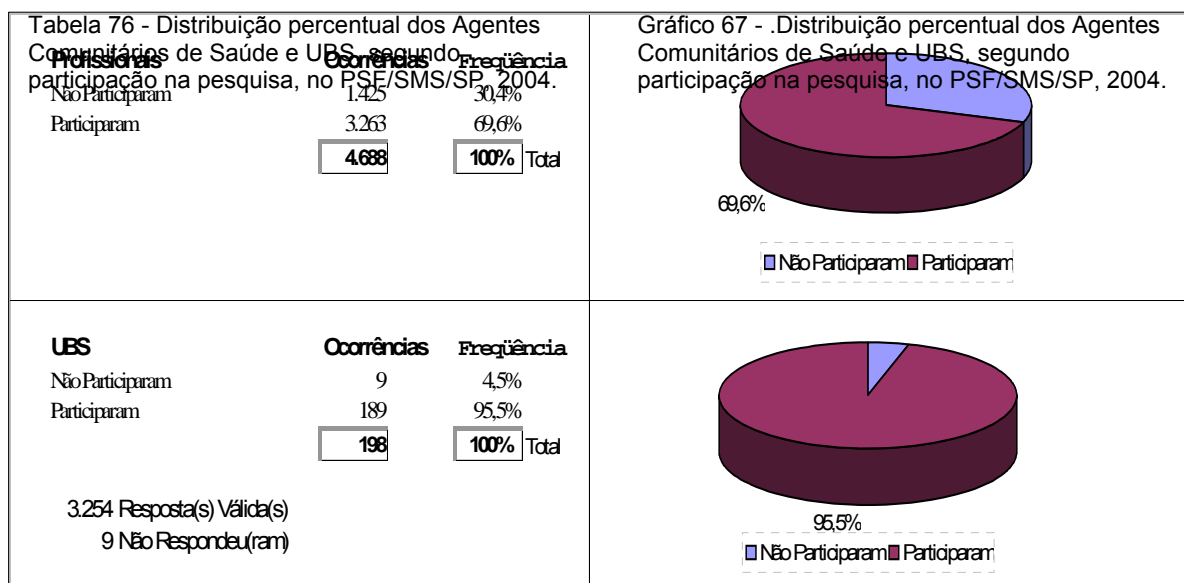
Apresentam-se, a seguir, os Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Paulo que responderam o questionário, em 2004, segundo a região onde trabalham e vivem, e segundo a Instituição Parceira da Secretaria Municipal de Saúde a que estavam vinculados.

Em agosto de 2004, época de realização da coleta de dados dos profissionais do PSF, pela Coordenação da Atenção Básica e PSF da SMS, o Programa contava com 4.688 agentes comunitários que se organizavam nas equipes de saúde da família, segundo duas principais modalidades de inserção. Uma primeira modalidade em equipes completas de saúde da família, ou incompletas temporariamente, essa última situação em virtude de afastamento de um dos profissionais, na maioria das vezes, o profissional médico. A segunda modalidade em equipes semelhantes às do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, em que um número variável de agentes, segundo características da região, vinculava-se a um enfermeiro para cobertura de determinadas áreas e população. Essa segunda modalidade surgiu, em caráter inicial e temporário, no início da implantação do PSF como estratégia de Governo Municipal para que se iniciassem as atividades de cadastramento das famílias e de reconhecimento do território, enquanto não eram organizadas as equipes completas e contratados os demais profissionais: médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A adoção dessa segunda alternativa variou segundo orientação da direção do antigo Distrito de Saúde correspondente, o que explica, na época do Estudo, a existência de muitos “agentes soltos” em determinadas regiões, como nas Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras de M’Boi Mirim e de Campo Limpo; e poucos ou nenhum nessa condição, onde os antigos diretores de Distritos de Saúde

não adotaram essa estratégia para implantação do Programa, preferindo fazê-lo, desde o início, com as equipes completas ou com compromisso em relação a isso. Assim, naquela ocasião, os 4.688 Agentes Comunitários de Saúde integravam 645 equipes do PSF e 128 equipes análogas às equipes “PACS”, com um número variável de agentes trabalhando em determinadas regiões, acompanhando uma específica população, sob supervisão de um enfermeiro.

Participação no estudo

Pelos dados abaixo apresentados evidencia-se que, dos 4.688 Agentes Comunitários de Saúde que se encontravam em atividade, no mês de agosto de 2004, no Programa de Saúde da Família do município de São Paulo, 3.263 participaram da pesquisa desencadeada pela Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação da Atenção Básica e PSF com o objetivo de conhecer os profissionais do PSF, ouvir opiniões e sugestões, tendo em vista a consolidação da estratégia e o fortalecimento da atenção básica para o atendimento à saúde da população da Cidade. Esse contingente que preencheu o questionário representou 69,6% do universo de Agentes Comunitários de Saúde da cidade. Entretanto, 1.425 agentes, conforme evidenciado na tabela e gráfico abaixo, não preencheram o questionário, ou seja, 30,4% do universo.



Em relação às 189 Unidades Básicas de Saúde do município que trabalhavam com a estratégia de saúde da família, exclusivamente ou associada ao modelo clássico de

atuação, os dados informam que 95,5% dessas unidades estiveram representadas através da participação de seus Agentes Comunitários de Saúde. Apenas os Agentes de 9 dessas UBS (4,5%) não responderam ao questionário.

Quando se analisa, entretanto, a participação desses trabalhadores segundo sua vinculação às diferentes Instituições Parceiras da Secretaria Municipal de Saúde para implantação do PSF, e/ou segundo a localização no território ou atendimento à população das diferentes regiões da cidade: Norte, Centro-oeste, Sudeste, Leste e Sul, observa-se que o nível de participação se diversifica.

Os Agentes Comunitários de Saúde do PSF da Cidade de São Paulo, segundo região onde moram e atuam.

Tabela 77 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, por região, do PSF/SMS/SP, 2004.

Região	Subprefeitura	Funcionários			
		Total	%	Ocorrências	%
Norte	Casa Verde / Cachoeirinha	114	18,1%	77	15,3%
	Perus	47	7,5%	40	8,0%
	Pirituba	150	23,8%	120	23,9%
	Freguesia do Ó / Brasilândia	217	34,5%	190	37,8%
	Santana / Tucuruvi	15	2,4%	11	2,2%
	Jaçanã/Tremembé	41	6,5%	39	7,8%
	Vila Maria / Vila Guilherme	45	7,2%	26	5,2%
	TOTAL NORTE	629	13,4%	503	15,5%
Centro Oeste	Butantã	108	41,4%	82	45,6%
	Lapa	71	27,2%	57	31,7%
	Pinheiros	15	5,7%	12	6,7%
	Sé / Santa Cecília	67	25,7%	29	16,1%
	TOTAL CENTRO OESTE	261	5,6%	180	5,5%
Sudeste	Aricanduva	57	7,0%	39	7,3%
	Ipiranga	51	6,3%	41	7,7%
	Jabaquara	70	8,6%	52	9,7%
	Mooca	47	5,8%	33	6,2%
	Penha	79	9,7%	68	12,7%
	Vila Mariana	20	2,5%	20	3,7%
	Vila Prudente / Sapopemba	491	60,2%	282	52,7%
	TOTAL SUDESTE	815	17,4%	535	16,4%
Leste	Cidade Tiradentes	113	11,6%	84	11,4%
	Guaianazes	150	15,4%	116	15,8%
	Ermelino Matarazzo	98	10,0%	40	5,4%
	Itaquera	99	10,1%	72	9,8%
	Itaim Paulista	264	27,0%	223	30,3%
	São Mateus	97	9,9%	68	9,2%
	São Miguel	156	16,0%	133	18,1%
	TOTAL LESTE	977	20,8%	736	22,6%

Sul	Campo Limpo	691	34,4%	430	33,1%
	Capela do Socorro	98	4,9%	54	4,2%
	Cidade Ademar	245	12,2%	174	13,4%
	M' Boi Mirim	894	44,6%	578	44,5%
	Parelheiros	73	3,6%	38	2,9%
	Santo Amaro	5	0,2%	26	2,0%
TOTAL SUL		2006	42,8%	1300	40,0%
TOTAL GERAL		4688	100,0%	3254	100,0%

A tabela acima colocada apresenta a distribuição dos 4.688 Agentes Comunitários de Saúde do Município, pela diferentes Regiões da Cidade, a freqüência de preenchimento dos questionários e a participação percentual dos Agentes de cada uma dessas Regiões, no total de questionários preenchidos.

À observação da tabela citada, vários são os aspectos que se podem e devem ressaltar considerando-se a implantação do PSF na cidade de São Paulo, naquela ocasião, como política pública municipal. Em primeiro lugar, evidencia-se uma distribuição muito desigual em relação ao contingente de Agentes atuando em cada uma das cinco regiões: Norte, Centro-oeste, Sudeste, Leste e Sul.

A região Sul é a que apresenta o maior número de Agentes Comunitários de Saúde, seguida da região Leste. Na região Centro-oeste, coerente com a cobertura populacional de PSF menor que 10%, identifica-se um número menor de Agentes Comunitários de Saúde.

Essas evidências, por um lado, parecem confirmar a estratégia relatada pela Secretaria Municipal de Saúde de priorizar, para início da implantação do Programa, as áreas de maior exclusão social, as quais, na ocasião, eram representadas por subdistritos localizados nas regiões Sul e Leste. Nessas regiões, em determinados distritos, conforme pôde ser observado, a cobertura pelo PSF vai de mais de 50% até 100% da população.

Um segundo aspecto digno de nota: à inspeção visual da tabela evidencia-se, em termos gerais, uma correspondência entre a distribuição percentual dos Agentes em cada uma das 5 Regiões da Cidade e a participação desses Agentes na freqüência de respostas ao questionário, nessas mesmas regiões.

Essa evidência é importante na medida em que orienta que, embora não se tenha trabalhado com amostragem calculada, os dados obtidos com a pesquisa e as informações que deles advêm podem ser aplicáveis para todos os Agentes que

trabalham no conjunto da cidade de São Paulo e nas suas específicas regiões, naquele momento.

Quando se consideram, entretanto, as diferentes variáveis em relação aos agentes e sua apresentação nas diferentes regiões da cidade, notam-se diferenças às vezes aparentemente importantes de uma região para outra. Essas aparentes diferenças, embora apontadas neste Relatório Técnico, não serão objeto de análise nem orientarão conclusões, pois para isso, ter-se-ia que considerar outras variáveis e características das específicas regiões, o que foge do objetivo deste Documento.

Os Agentes Comunitários de Saúde do PSF da Cidade de São Paulo, por Instituição Parceira da SMS.

Tabela 78 - Distribuição Percentual de Agentes Comunitários de Saúde, segundo Instituição Parceira da SMS e segundo participação no Estudo, PSF/SMS/SP, 2004.

Instituição Parceira	Funcionários				Frequência	
	Total	%	Ocorrências	%	Funcionários	Pesquisa
1 Casa de Saúde Santa Marcelina	1.030	22,0%	777	23,8%	75,4%	23,8%
2 Associação Saúde da Família	531	11,3%	386	11,8%	72,7%	11,8%
3 Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP	491	10,5%	362	11,1%	73,7%	11,1%
4 Associação Comunitária Monte Azul	476	10,2%	317	9,7%	66,6%	9,7%
5 Associação Congregação Santa Catarina	349	7,4%	289	8,9%	82,8%	8,9%
6 Instituto Adventista de Ensino	359	7,7%	220	6,8%	61,3%	6,8%
7 Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim – CEJAM	341	7,3%	219	6,7%	64,2%	6,7%
8 Hospital Israelita Albert Einstein	365	7,8%	205	6,3%	56,2%	6,3%
9 Fundação Zerbini	290	6,2%	167	5,1%	57,6%	5,1%
10 Fundação Faculdade de Medicina da USP	194	4,1%	151	4,6%	77,8%	4,6%
11 Organização Santamarense de Educação e Cultura – UNISA	171	3,6%	111	3,4%	64,9%	3,4%
12 Santa Casa de São Paulo	91	1,9%	55	1,7%	60,4%	1,7%
TOTAL GERAL	4688	100,0%	3259	100,0%		99,9%

A tabela acima apresenta a distribuição dos 4.688 Agentes Comunitários de Saúde do Município, por Instituição Parceira de vinculação, segundo a frequência de preenchimento dos questionários bem como a participação percentual dos Agentes de cada uma dessas Instituições no total de questionários preenchidos.

À inspeção visual da tabela evidencia-se uma forte correspondência entre a distribuição percentual de Agentes em cada uma das 12 Instituições Parceiras e a participação desses Agentes de cada uma das parceiras, na frequência de informantes ao questionário.

A Casa de Saúde Santa Marcelina foi a primeira parceira na implantação do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo, em 1996, através da Secretaria Estadual de Saúde - SES, com o Programa QUALIS. Na época, o município de São Paulo não estava integrado ao Sistema Único de Saúde, viabilizava o Programa de Assistência à Saúde – PAS. Nesse cenário, a SES detinha cerca de 200 unidades básicas de saúde e, nelas, resolveu implantar a estratégia para reorganização da atenção básica à saúde, em um primeiro momento, mediante parceria com 4 Instituições de excelência em ensino e prestação de serviços de saúde: Casa de Saúde Santa Marcelina, Fundação Zerbini, Associação Congregação Santa Catarina e Organização Santamarense de Educação e Cultura – OSEC/UNISA. Posteriormente, a SES resolveu implantar o QUALIS próprio, sem parcerias, em algumas unidades.

Em 2002, estando já a cidade de São Paulo integrada ao SUS, e na condição de gestão plena da atenção básica no município, o Governo do Estado transferiu as quase 200 unidades e mais de 200 equipes para a gestão municipal.

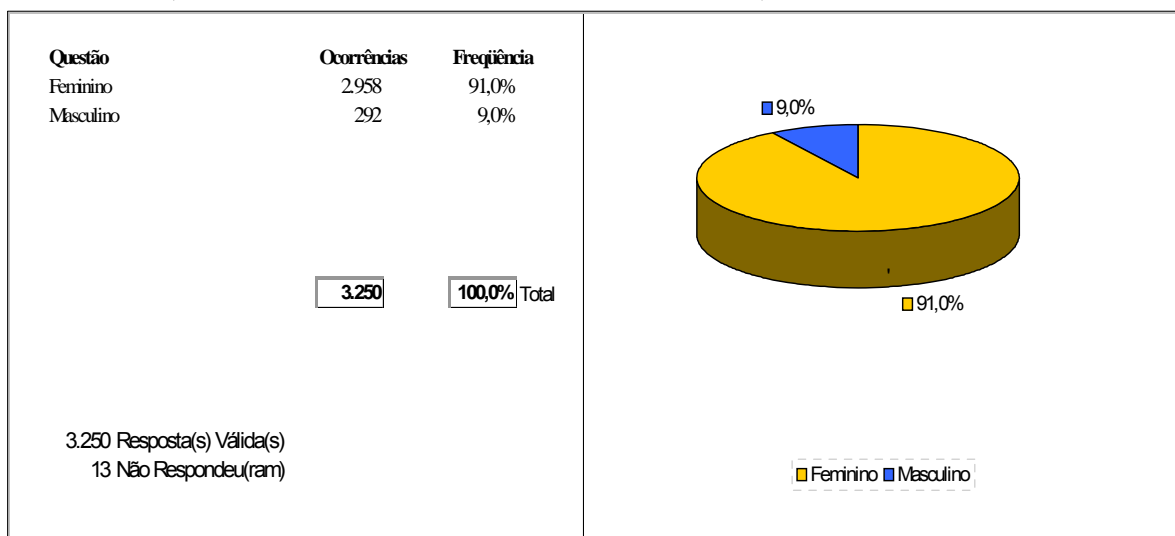
O município de São Paulo, desde 2001, início de nova Gestão, definiu o Programa de Saúde da Família como estratégia de eleição para organização da Atenção Básica à Saúde e, além de confirmar o convênio com as 4 Instituições que já participavam do QUALIS, ampliou as parcerias com outras 8 Instituições também consideradas de excelência em ensino e assistência na área da saúde: Associação Saúde da Família, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Associação Comunitária Monte Azul, Instituto Adventista de Ensino, Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim, Hospital Israelita Albert Einstein, Fundação Faculdade de Medicina da USP e Santa Casa de São Paulo.

Caracterização Sócio-Demográfica e de Inserção do Agente Comunitário de Saúde de São Paulo, 2004

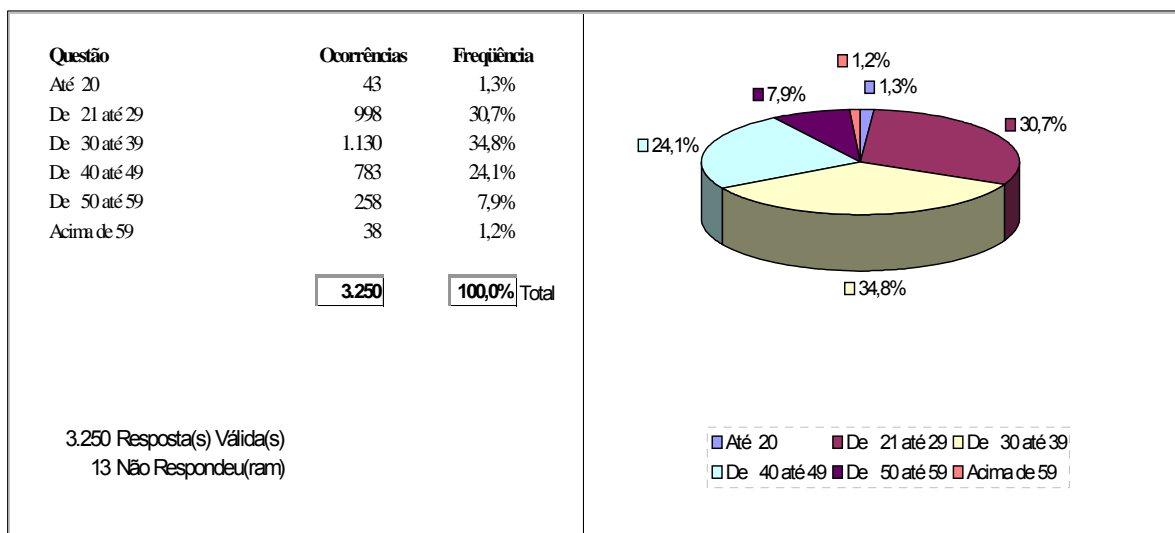
Conforme seria de se esperar, pela história da profissão, a grande maioria dos Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Paulo é do sexo feminino (91,0%). Apenas 292 Agentes (9,0%) são do sexo masculino.

Tabela 79 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo sexo. PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 68 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo sexo. PSF/SMS/SP, 2004.



Em relação à idade, 58,9% dos Agentes situam-se entre 30 e 49 anos; 7,9 % têm entre 50 e 59 anos e, 1,2% têm 60 anos ou mais. Os Agentes mais jovens, com menos de 30 anos, representam 32% da categoria: desses, 30,7% têm entre 20 e 29 anos e



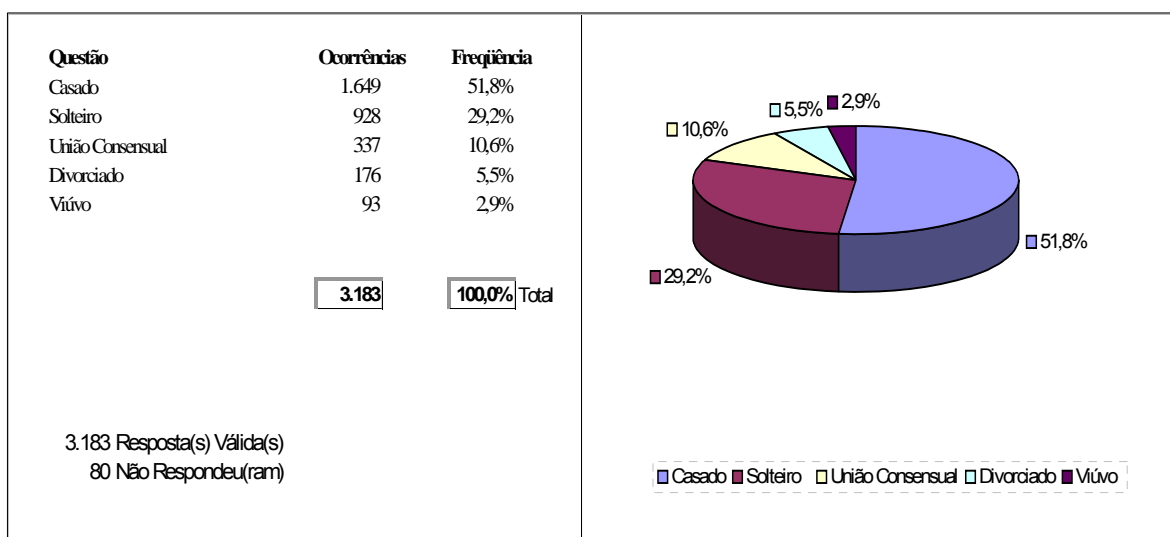
1,3 % (42 agentes) têm menos de 20 anos.

Tabela 80 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo idade, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 69 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo idade, no PSF/SMS/SP, 2004.

Os Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Paulo são, em sua grande maioria, casados (51,8%) ou vivem em união consensual (10,6%), conforme evidenciado na

tabela abaixo . Os viúvos representam 2,9% e os divorciados, 5,5%. Já os solteiros são um contingente bastante expressivo (29,2%). Essa situação, de cerca de 1/3 dos Agentes serem solteiros e jovens, remete à discussão sobre o perfil do Agente Comunitário de Saúde, na medida de algumas limitações que os jovens – homens ou



mulheres – encontram para visitar as famílias por motivos de diferentes ordens, inclusive culturais, em momentos em que um dos cônjuges não se encontra presente na residência.

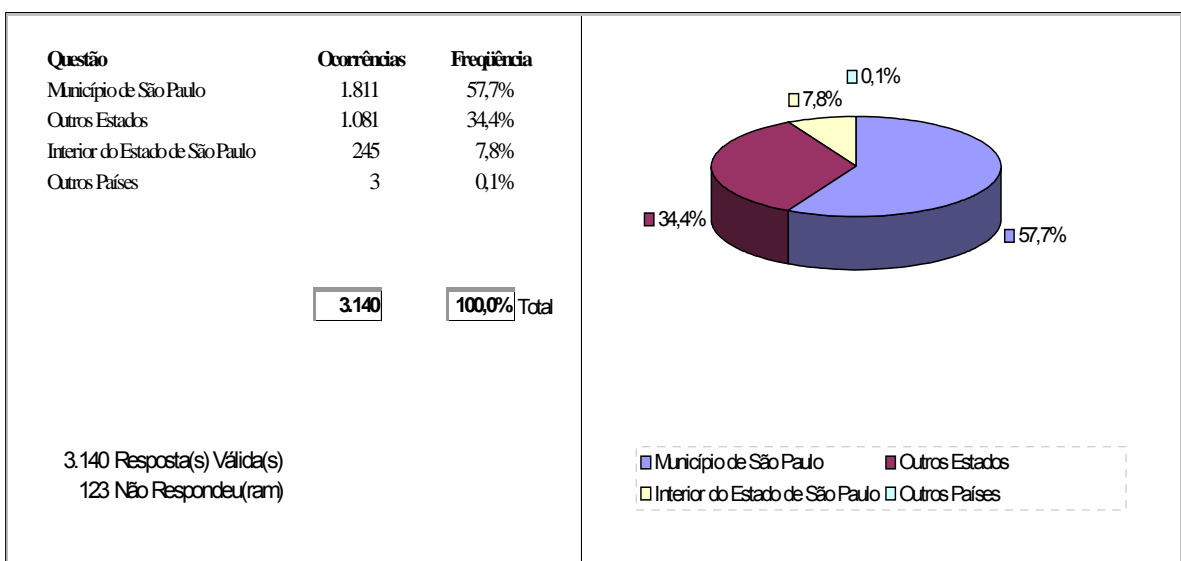
Tabela 81 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo estado civil, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 70 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo estado civil, no PSF/SMS/SP, 2004.

A maioria dos Agentes Comunitários de Saúde que trabalha no município de São Paulo, 57,7%, nasceu na própria metrópole, situação bastante diferenciada em relação a quando o PSF estava implantado apenas como Programa QUALIS, em três pequenas áreas da cidade. Mesmo assim, ainda é expressiva a participação de Agentes naturais de cidades de outros estados da Federação (34,4%). Em outros municípios do estado de São Paulo nasceram 7,8% dos Agentes que hoje aqui trabalham. Digno de registro é o fato de 3 Agentes Comunitários de Saúde terem nascido em outros países.

Tabela 82 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo local de nascimento, no PSF/SMS/SP, 2004.

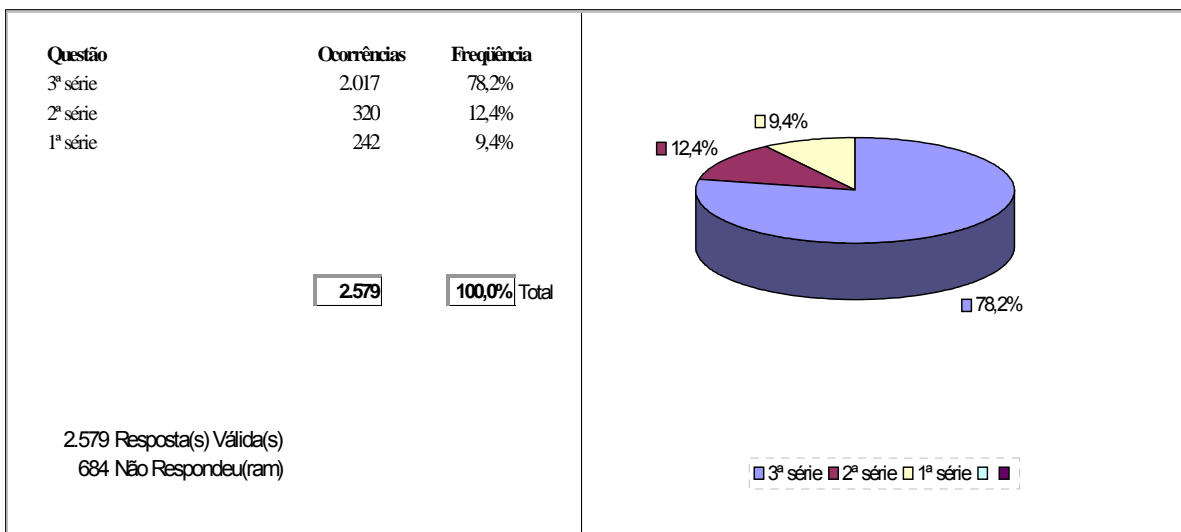
Gráfico 71 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo local de nascimento, no PSF/SMS/SP, 2004



Dos 3.171 Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Paulo que responderam essa questão, em termos de educação geral, 90,5% (2.869) cursaram, no mínimo, até a 8ª série do Ensino Fundamental. Em contrapartida, constata-se que 302 Agentes (9,5%) informaram não ter concluído o Ensino Fundamental. Cabe ressaltar que 92 Agentes não responderam essa questão.

Tabela 83 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo frequência a curso de nível médio, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 72 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo frequência a curso de nível médio, no PSF/SMS/SP, 2004.



Ainda em relação à educação geral, à observação da tabela acima evidencia-se que 78,2 % dos Agentes Comunitários de Saúde de São Paulo concluíram o nível médio de educação geral. Em contrapartida, 9,4% dos que informaram ter o Ensino Fundamental completo só conseguiram concluir a 1ª. Série do Ensino Médio e, 12,4% a 2ª. Série. Assim, 562 Agentes Comunitários de Saúde (21,8%) possuem Ensino Médio incompleto.

Dos 3.263 agentes comunitários que responderam ao instrumento de coleta de dados, 409, ou seja, 12,5% dos agentes prosseguiram os estudos após o ensino de nível médio e iniciaram Cursos de Educação Profissional de nível técnico em diferentes áreas do conhecimento. Desses 409 que iniciaram os Cursos Técnicos, 287, isto é, 70,2% conseguiram concluí-los. Cabe ressaltar as áreas de escolha dos agentes (ou as áreas a que tiveram acesso para profissionalizar-se): em primeiro lugar aparece o Curso Técnico de Enfermagem; logo após Magistério, Contabilidade, Secretariado, Nutrição, Radiologia, Desenho e Arquitetura, Eletrônica, Turismo, Hotelaria, entre outros, cuja escolha (embora não se saiba em que época foram escolhidos e concluídos, se antes ou depois de trabalharem como Agentes Comunitários de Saúde), certamente pouco ou nada tem a ver com a expectativa do Programa ou o pendor individual para a ocupação da função de Agente Comunitário de Saúde.

Conforme as fontes consultadas, 153 Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Paulo que informaram a pesquisa, (4,7%) iniciaram Cursos de Graduação, também em diferentes áreas. Desses que ingressaram em Cursos de nível superior, 45,8% (70 agentes) já haviam concluído os cursos à época da coleta de dados.

Em relação aos outros cursos informados pelos agentes ressaltam-se, por um lado, aqueles que possibilitarão um instrumental para o desenvolvimento de suas competências de promoção e proteção da saúde através do cadastramento das famílias e da identificação de áreas de risco, como é o caso de cursos de informática, de aleitamento materno, comunicação social e, por outro lado, os que preparam para o exercício de competências diversas da esperada para o Agente, com ênfase na recuperação da saúde, como é o caso do auxiliar de enfermagem, do auxiliar de farmácia, entre outros.

Local de Moradia, Meio de Locomoção e Tempo de Deslocamento para o Trabalho.

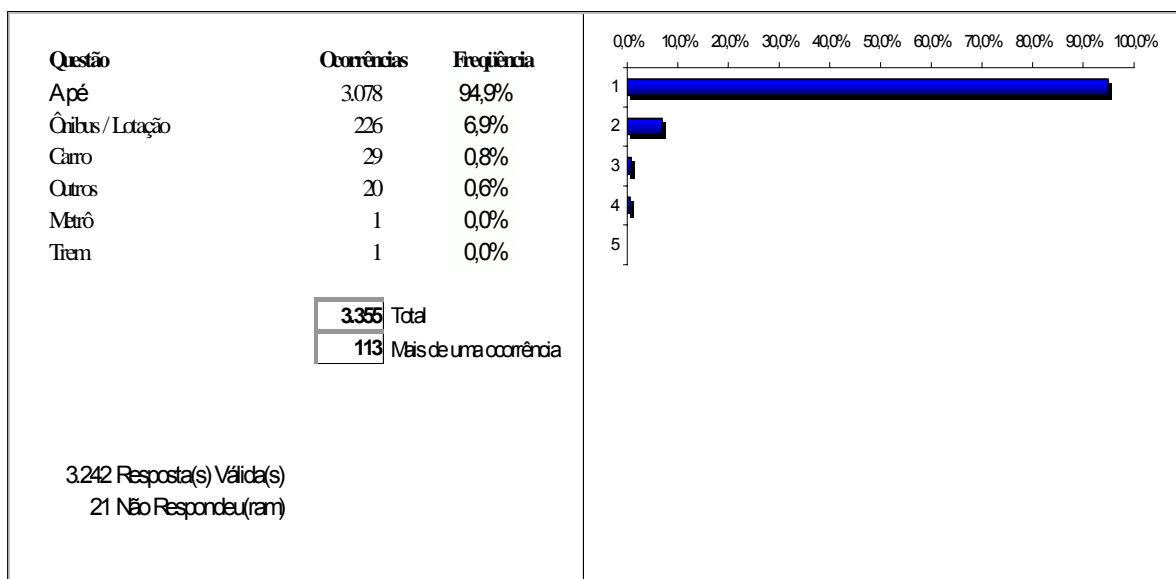
Quase metade dos Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Paulo que preencheram o questionário da SMS reside na Região Sul da Cidade. Aí moram 1.370 (42,2%) desses Agentes. Em seguida aparece a Região Leste, onde residem 1.091 Agentes (33,6%). Cabe ressaltar que essas são regiões onde se situam áreas de maior exclusão social do Município. Ainda segundo os dados obtidos, na Região Norte residem 448 Agentes, ou seja, 13,8% do total; 207 Agentes moram na Região Centro-Oeste (6,4%) e, 123 na região Sudeste (3,8%). Digno de nota é que sete (7) Agentes informaram residir em outro município, situação que não seria prevista pelas normas do Programa.

Conforme seria de se esperar, pelas normas do Programa, a grande maioria dos Agentes Comunitários de Saúde (94,9%) desloca-se a pé para ir ao trabalho, conforme os dados apresentados na tabela abaixo.

Chama, entretanto, a atenção o um contingente desses trabalhadores que se utiliza de outros meios de locomoção para chegar à sua Unidade Básica de referência, entre os quais, ônibus/lotação, carro, metrô e trem, entre outros. Isto pode apontar para o fato de alguns agentes não residirem na área de trabalho.

Tabela 84 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo o meio de locomoção usado para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

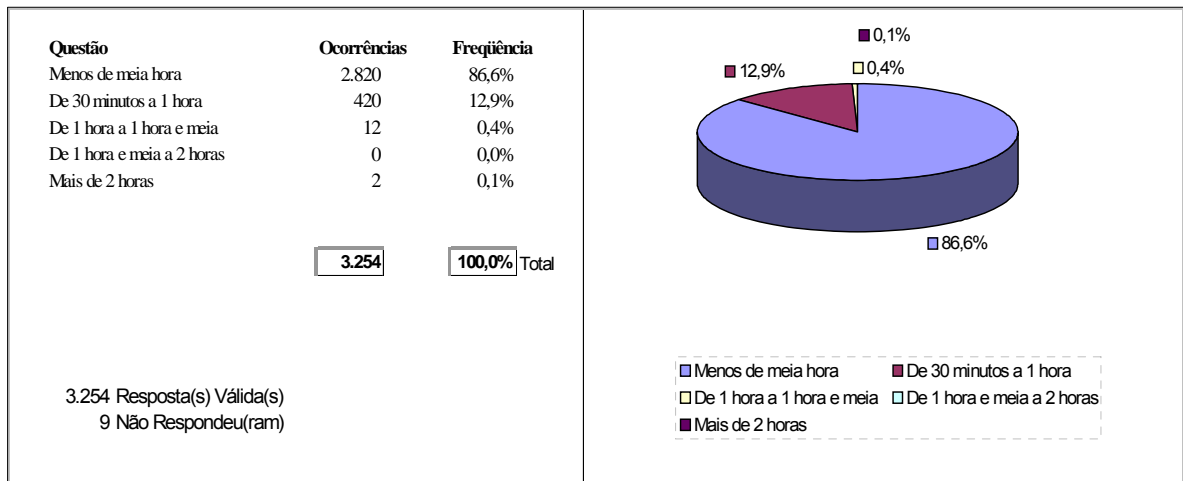
Gráfico 73 - Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo o meio de locomoção usado para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.



Ainda em termos de acesso ao trabalho, 86,6% dos Agentes Comunitários de Saúde do PSF da cidade de São Paulo (2.820) utilizam menos de meia hora para chegar ao trabalho, situação que seria a esperada, em termos gerais, para a totalidade dos Agentes. Em contrapartida, um contingente importante desses trabalhadores, 434 Agentes (quase 10% dos 4.688 que compõem o universo de Agentes Comunitários de Saúde da Cidade) levam um tempo maior para deslocar-se de casa até o trabalho: de 30 minutos à 1 hora, 420; de 1 hora a 1½ hora, 12. Mais de 2 horas é o tempo gasto por 2 Agentes para chegar ao local de trabalho. Constatação que pode ser relacionada com residência mais distante do que o previsto nas diretrizes do Programa.

Tabela 85 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo tempo gasto para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

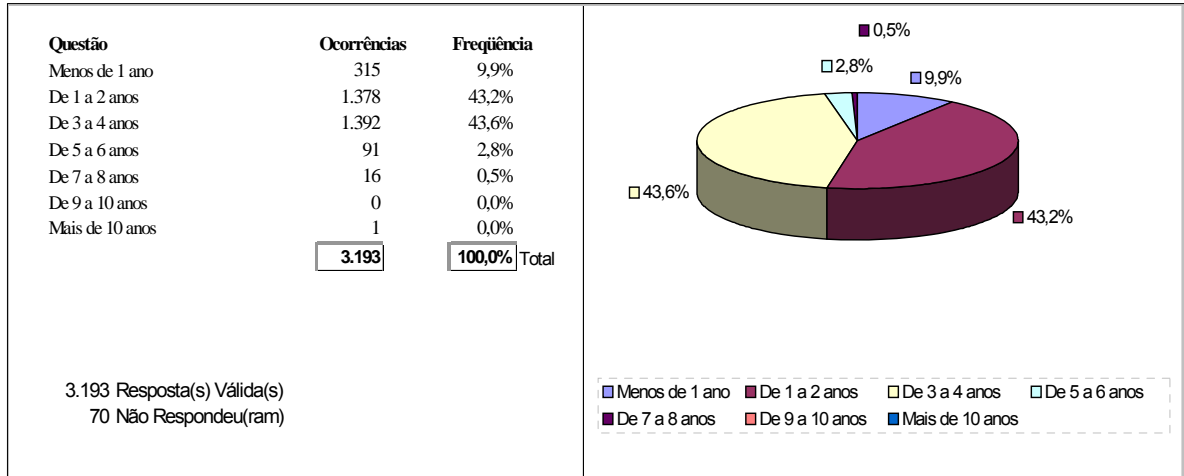
Gráfico 74 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo tempo gasto para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.



Os dados expressos na figura abaixo informam que a maioria dos Agentes Comunitários de Saúde do município de São Paulo (53,1%) está vinculada ao Programa há menos de três anos. Exercendo essa ocupação, há três anos completos e menos de cinco anos, encontram-se 43,6% dos Agentes. Assim, 96,7 % dos Agentes Comunitários de Saúde do PSF da cidade de São Paulo têm menos de cinco anos de trabalho nessa atividade específica.

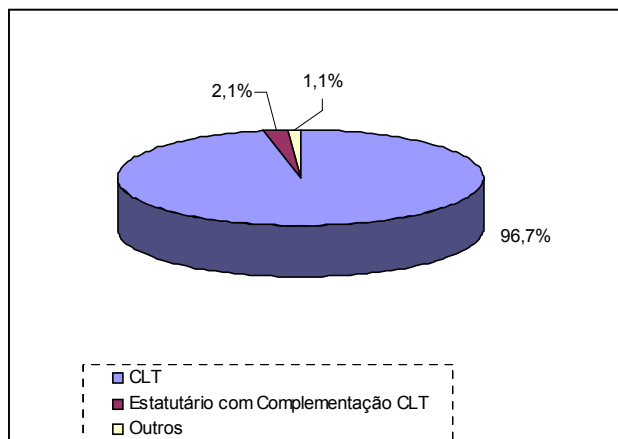
Tabela 86 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo tempo de trabalho no PSF, PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 75 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo tempo de trabalho no PSF, PSF/SMS/SP, 2004.



Considerando que o Programa teve início na Cidade por iniciativa do Governo do Estado, em 1996, através do Programa QUALIS e que, em maio de 2002, após a cidade de São Paulo ter assumido a condição de Gestão Plena da Atenção Básica, as 183 Unidades Básicas de Saúde e as 217 equipes de saúde da família gerenciadas pelo Estado (e seus mais de um mil Agentes Comunitários) foram transferidas para o Município, esperava-se que houvesse um número maior de agentes com mais de cinco anos de vinculação ao Programa.

Gráfico 76 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo forma de contratação, no PSF/SMS/SP, 2004.



O gráfico acima evidencia a situação de emprego dos Agentes Comunitários de Saúde que trabalham no PSF do município de São Paulo. Como todos os demais membros integrantes das equipes de saúde da família - médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, os Agentes Comunitários de Saúde são contratados, em regime de 40 horas semanais, por uma das 12 Instituições Parceiras da Secretaria Municipal de Saúde para viabilização do Programa.

Conforme se observa nos dados apresentados, 96,7%, ou seja, a quase totalidade dos Agentes Comunitários de Saúde de São Paulo têm o seu vínculo empregatício regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

Na medida em que um dos pontos mais frágeis, um dos grandes desafios, em nível nacional, para consolidação da estratégia diz respeito às formas de contratação dos profissionais da equipe, em especial do Agente Comunitário de Saúde, a situação de São Paulo é bastante favorável no que diz respeito à condição de inserção dos profissionais, na medida não existe a precarização do trabalho, pois todos, conforme se verificou, gozam da totalidade dos direitos e garantias previstos na legislação trabalhista brasileira.

Sessenta e oito Agentes (2,1% do total) informaram serem servidores municipais e receberem complementação, pela CLT, da Instituição Parceira. Essa evidência pode estar relacionada aos servidores municipais, em especial, auxiliar de serviços gerais que, residindo na mesma área de trabalho e preenchendo os demais requisitos, tenham se candidatado e sido aprovados em processo seletivo para o posto de Agentes Comunitários de Saúde.

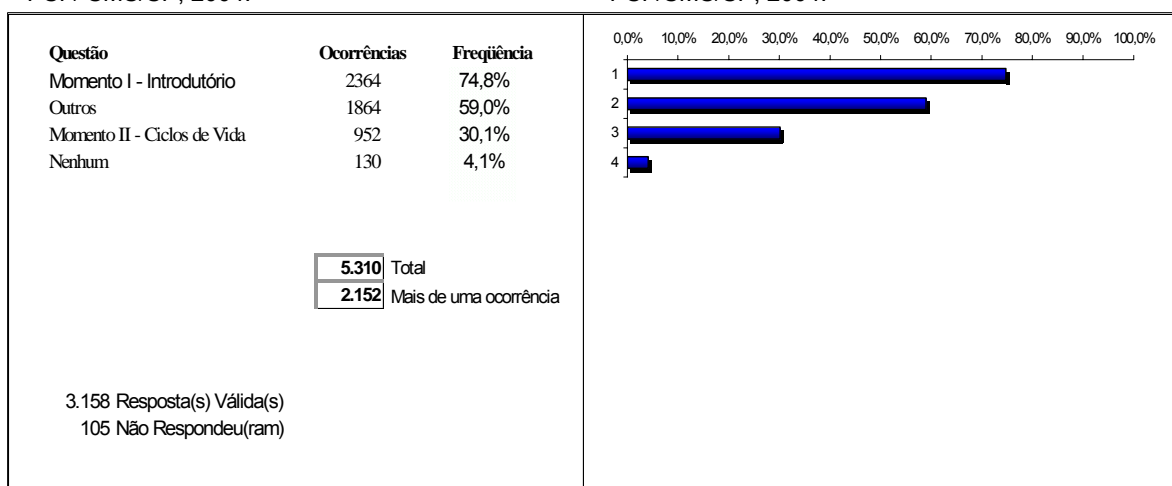
Quanto ao 1,1% restante, informaram ter outros mecanismos de contratação não previstos nas orientações do PSF municipal. Entretanto, para nenhuma das duas últimas situações referidas – a dos agentes servidores municipais complementados e a de outros mecanismos – pode ser descartada a hipótese de preenchimento incorreto do questionário.

Treinamento para o trabalho

Através da observação da tabela abaixo colocada, cuja questão possibilitava mais de uma resposta para cada Agente, conseguem-se identificar os processos de capacitação e os treinamentos para o exercício das atividades que os Agentes Comunitários de Saúde tiveram oportunidade de participar.

Tabela 87 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo capacitação, no PSF/ SMS/SP, 2004.

Gráfico 77 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo capacitação, no PSF/SMS/SP, 2004.



Uma primeira evidência importante é que apenas 74,8% dos Agentes participaram do Treinamento Introdutório, considerado o Momento I, obrigatório para todos os integrantes da equipe de saúde da família imediatamente após a contratação. A participação nesse Momento é importante na medida em que contextualiza o profissional no Programa, seus objetivos, princípios e diretrizes e, principalmente, apresenta e discute as atribuições e responsabilidades de cada um dos membros da equipe.

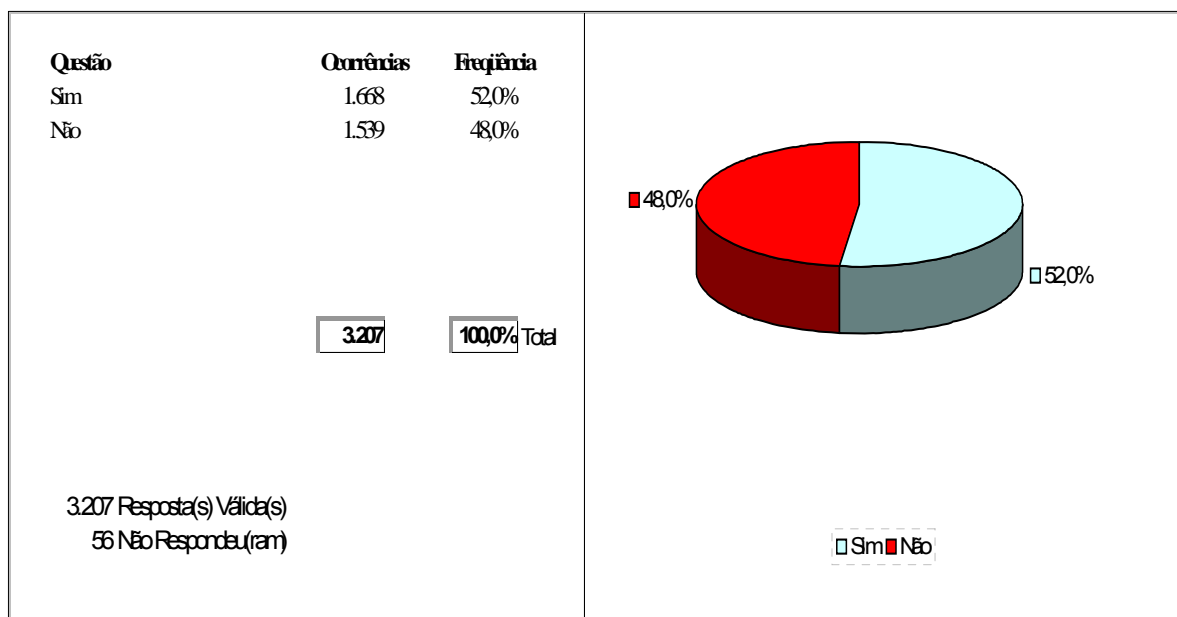
Nessa perspectiva, chama também atenção a referência, por 4,1% dos Agentes, de desenvolverem o trabalho sem ter tido oportunidade de se preparar para o desempenho do mesmo.

Experiência profissional anterior ao trabalho no PSF

Em relação à experiência de trabalho, conforme evidenciado no gráfico abaixo colocado, 52% referem experiência profissional anterior ao trabalho de Agente Comunitário de Saúde. No entanto, para 48% dos respondentes, não havia experiência profissional anterior, ou seja, o PSF, o “*ser agente comunitário de saúde*” apareceu como a primeira oportunidade de ingresso no mercado de trabalho.

Tabela 88 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo experiência Profissional anterior, no PSF/SMS/SP, 2004.

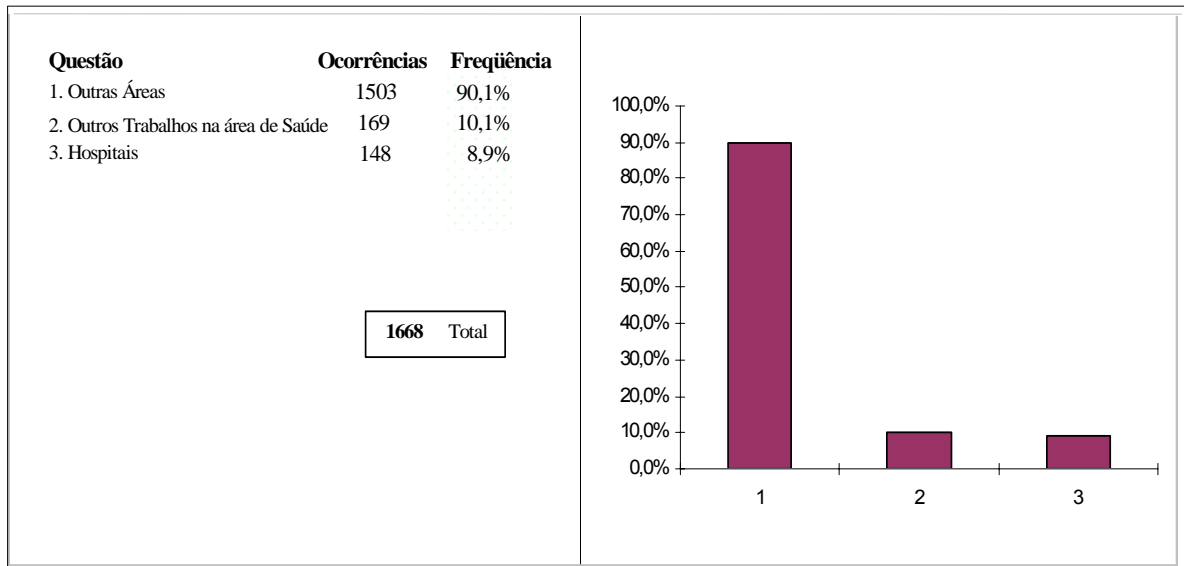
Gráfico 78 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo experiência Profissional anterior, no PSF/SMS/SP, 2004.



Dentre os que revelaram experiência anterior ao trabalho de Agente Comunitário de Saúde, (houve um índice de resposta aqui acima da pergunta anterior), 90,1% informam que essa experiência verificou-se em áreas diferentes da saúde. Apenas para 10,1% dos respondentes a experiência anterior foi na área da saúde, sendo 8,9% em unidades hospitalares.

Tabela 89 - Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo tipo de experiência anterior ao trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.

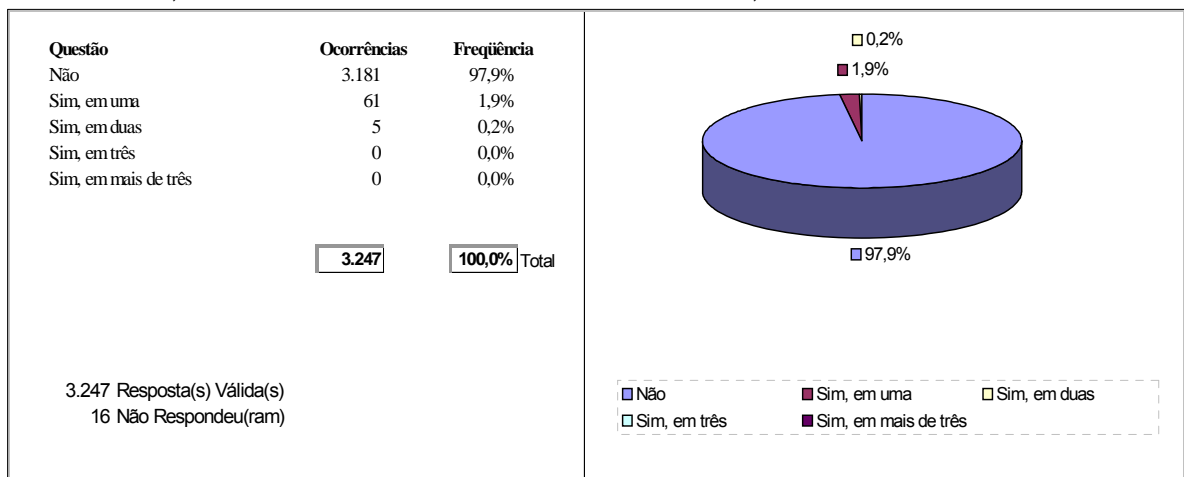
Gráfico 79 - Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo tipo de experiência anterior ao trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.



Segundo os dados disponíveis, para a quase totalidade – 97,9% – dos Agentes Comunitários de Saúde do PSF da cidade de São Paulo, o trabalho na atual Unidade Básica de Saúde – UBS – é a primeira experiência de atuação no Programa de Saúde da Família. Apenas 2,1% dos Agentes já trabalharam, anteriormente, em uma ou duas UBS que adotam, como modelo de organização do trabalho, a estratégia de saúde da família.

Tabela 90 - Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo número de unidades do PSF em que trabalhou, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 80 - Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo número de unidades do PSF em que trabalhou, no PSF/SMS/SP, 2004.

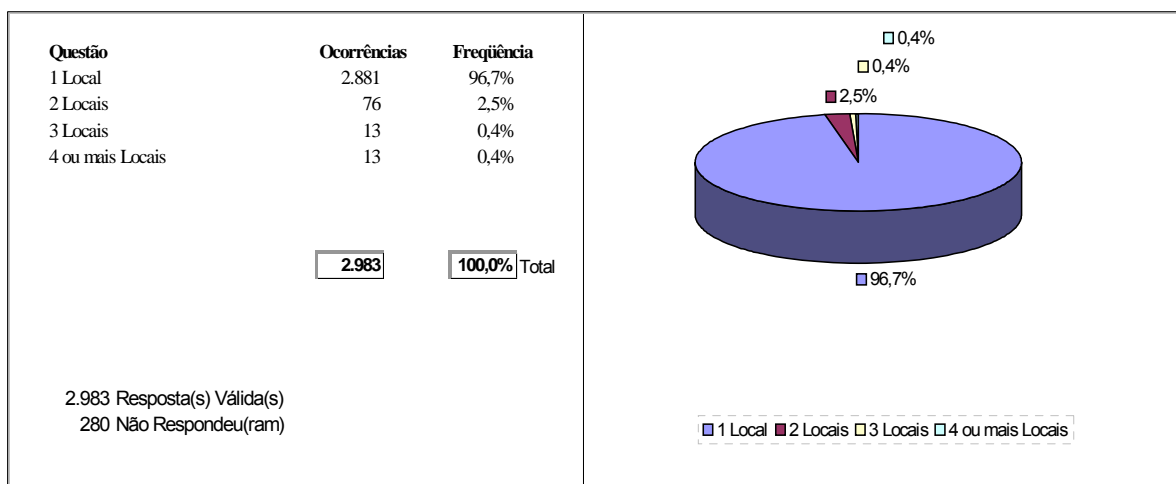


Em relação à experiência anterior de trabalho com o PSF, para os 2,1% dos Agentes que a referiram foi, em sua grande maioria, dentro do próprio município de São Paulo para 84,4% desses Agentes. Apenas 15,6% indicaram experiência de trabalho em PSF fora da cidade de São Paulo.

Conforme pode ser observado na tabela abaixo, 96,7% dos Agentes Comunitários de Saúde trabalham em apenas um local, ou seja, no PSF do município. Essa situação seria a esperada, tendo em vista as expectativas e as especificidades do trabalho dessa categoria ocupacional.

Tabela 91 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo o número de locais de trabalho no momento, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 81 - Distribuição Percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo o número de locais de trabalho no momento, no PSF/SMS/SP, 2004.



Duas evidências, entretanto, chamam a atenção quando se observam os dados apresentados na tabela e a expectativa colocada para o perfil e para a natureza da atuação desse profissional. A primeira, o fato de 3,3% dos Agentes informarem trabalhar em 2 ou mais locais, o que contradiz e em muito a dedicação exclusiva ao PSF e o compromisso esperado.

O segundo aspecto digno de nota é o fato de 8,6% dos 3.263 Agentes Comunitários de Saúde que preencheram os questionários não terem respondido essa questão relativa ao número de locais onde trabalham atualmente. Esse foi o maior percentual de abstenção de todo o questionário.

4.3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os 4.688 Agentes Comunitários de Saúde que trabalhavam no PSF da cidade de São Paulo, na ocasião do Estudo levado a efeito pela Secretaria Municipal de Saúde, encontravam-se organizados sob duas modalidades. Na maioria das vezes juntamente com médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, integrando equipes de saúde da família ou compondo equipes análogas às do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, nas quais um grupo de agentes, em número variável e sob supervisão de um enfermeiro, tinha sob sua responsabilidade uma determinada população. No instrumento de coleta de dados não foi prevista a caracterização do agente segundo essa lógica organizativa do trabalho. Por esse motivo, trabalhou-se na caracterização geral do agente e não segundo cada uma dessas duas modalidades de inserção.

O contingente que preencheu o questionário representou 69,6% do universo de Agentes Comunitários de Saúde da cidade. Em relação à participação na pesquisa, os dados informam que 95,5% das Unidades Básicas de Saúde que trabalham com a estratégia de saúde da família estiveram representadas através da participação de seus Agentes Comunitários de Saúde.

Em relação à freqüência das variáveis descritas cabe, nessa fase mais descritiva da caracterização, ressaltar alguns aspectos gerais de importância para os Gestores do Programa e do SUS, aspectos esses que, conforme o objetivo da pesquisa, possam orientar a gerência em processos como os de recrutamento e seleção, de capacitação e de gestão do trabalho desses Agentes.

- Conforme seria de se esperar, até considerando a história do Programa e dessa ocupação no país, a quase totalidade dos agentes é do sexo feminino. Entretanto, caracterizada histórica e socialmente como uma ocupação “de mulheres”, já se observa uma freqüência maior de homens, atualmente, abraçando esse campo de atividade. As motivações para esse fenômeno e as conseqüências para a viabilização do Programa, suas diretrizes e seus objetivos deverão ser discutidas em conjunto pelos gestores, formadores e pesquisadores.

- Em relação à idade, 58,9% dos Agentes situam-se entre 30 e 49 anos; 7,9 % têm entre 50 e 59 anos; e 1,2% têm 60 anos ou mais. Chama a atenção o contingente de agentes mais jovens, com menos de 30 anos, que representam 32% da categoria, dos quais 30,7% têm entre 20 e 29 anos e 1,3% têm menos de 20 anos, frequência que precisa ser pensada em termos das competências e das situações do trabalho do agente, principalmente nas residências.

- Uma outra frequência que chama a atenção é a de Agentes Comunitários de Saúde que se declaram solteiros: 29,2%. Note-se que aqui não há referência àqueles que vivem em união consensual. Os agentes casados ou que vivem em união consensual representam 62,4%. Os viúvos representam 2,9% e os divorciados, 5,5%.

- Essa situação de cerca de 1/3 dos Agentes serem solteiros e jovens remete à discussão sobre o perfil do Agente Comunitário de Saúde de algumas limitações que os jovens – homens ou mulheres – podem encontrar nas visitas às famílias por motivos de diferentes ordens, inclusive culturais, em momentos em que um dos cônjuges não se encontra presente na residência.

- Nasceram na própria capital (57,7%) ou em outros estados do País (34,4%) a grande maioria dos Agentes Comunitários de Saúde que trabalha no município de São Paulo. Em outros municípios do estado de São Paulo nasceram 7,8% dos Agentes que hoje aqui trabalham. Digno de registro é o fato de três Agentes Comunitários de Saúde terem nascido em outros países.

- A escolaridade, a formação e o investimento na aquisição de competências:

- 90,5% (2.869) cursaram, no mínimo, até a 8ª série do Ensino Fundamental;

- 78,2% dos Agentes Comunitários de Saúde de São Paulo concluíram o nível médio de educação geral.

Essa evidência necessita ser analisada face às exigências atualmente colocadas para os Agentes Comunitários de Saúde, em especial aos critérios definidos recentemente pelo Ministério da Saúde e pelo Gestor Municipal do Sistema Único de Saúde – SUS – para o processo de seleção desses trabalhadores.

Também em termos de desenvolvimento profissional, com a vigência da Lei Federal 10.507, de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde; e do Decreto Presidencial 5.154, de 23 de julho de 2004, que coloca essa formação em nível de Educação Profissional de nível Técnico, a Secretaria Municipal de Saúde terá que desenvolver um esforço adicional no sentido de viabilizar o requisito de conclusão do ensino de nível médio para um contingente de cerca de 1.250 Agentes, ou seja, em torno de 25% desses profissionais que atuam na Cidade.

A formação do Agente Comunitário de Saúde em nível de técnico tem suscitado muita discussão e não será objeto de discussão neste Relatório.

- 12,5% dos agentes (409) prosseguiram os estudos após o ensino de nível médio e iniciaram Cursos de Educação Profissional de nível técnico em diferentes áreas do conhecimento. Desses 409 que iniciaram os Cursos Técnicos, 287, isto é, 70,2% conseguiram concluí-los. Cabe olhar atentamente as áreas de escolha dos agentes (ou as áreas a que tiveram acesso para profissionalizar-se). Em primeiro lugar aparece o Curso Técnico de Enfermagem; logo após Magistério, Contabilidade, Secretariado, Nutrição, Radiologia, Desenho e Arquitetura, Eletrônica, Turismo, Hotelaria entre outros, cuja escolha (embora não se saiba em que época foram escolhidos e concluídos, se antes ou depois de trabalharem como Agentes Comunitários de Saúde), certamente pouco ou nada tem a ver com a expectativa do Programa ou o pendor individual para a ocupação de agente comunitário de saúde.

As evidências aqui apresentadas apontam para um movimento, um esforço de busca, por parte dos agentes, na direção da cidadania, da qualificação para o trabalho, da ascensão social. Em termos de viabilização dessa política pública, dessa estratégia de reorganização da atenção básica e do papel nela representado pelo agente comunitário, chama atenção esse movimento, o qual, muitas vezes, em termos do acesso, segue em sentido contrário à conformação das competências esperadas pois, se por um lado os qualificaria para o mercado e para a própria função, em termos de decisão, de cidadania, por outro tenderiam, em muitos casos, a negar a própria essência da natureza do trabalho esperado.

A essa altura, pode-se colocar a hipótese de que ser Agente Comunitário de Saúde no momento atual de crise do emprego, representa mais uma possibilidade de inserção no mercado de trabalho, do que uma consciente opção orientada pelo pendor pela

ajuda solidária e, menos ainda, pela natureza do trabalho, suas especificidades e exigências.

Em relação aos cursos informados pelos agentes ressaltam-se, por um lado, aqueles que possibilitarão um instrumental para o desenvolvimento de suas competências de promoção e proteção da saúde através do cadastramento das famílias e da identificação de áreas de risco, como é o caso de cursos de informática e outros que preparam para o exercício de competências; outras, com ênfase na recuperação da saúde, como é o caso do técnico e do auxiliar de enfermagem, do técnico em imobilização ortopédica, em radiologia.

Ainda pode-se supor que, ou os cursos que têm a ver com as suas competências não estão sendo oferecidos e valorizados, ou essas competências não estão sendo devidamente caracterizadas, entendidas e valorizadas. Nessa perspectiva o mercado fala mais alto, bem como a valorização do saber: o agente observa o auxiliar de enfermagem atuando e acha que a função do auxiliar é mais importante, o conhecimento da doença e da sua recuperação é mais valorizado pela sociedade. Questões também muito valorizadas por ele próprio enquanto participante dessa cultura e pertencente a essa mesma parcela da população que tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou que nunca teve acesso a eles.

Vale ressaltar o papel do próprio Gestor Municipal ao colocar à disposição do agente os cursos de Auxiliar e Técnico de Enfermagem, entre outros, através do Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde – CEFOR. É digno de nota o grande número de agentes que se inscreveu e concluiu o Curso de Técnico de Enfermagem, até porque ele identifica, por vários motivos, a sua trajetória profissional como ligada à enfermagem, até pelo acesso mais fácil a essa formação.

- Surpreendente é a referência por parte de 7 informantes que residem em outro município. Pelas normas do Programa, tanto em nível federal quanto estadual e mesmo da Secretaria Municipal de Saúde, é condição principal para inscrição no processo seletivo que o candidato a Agente Comunitário de Saúde do PSF resida na mesma micro-área em que vai trabalhar há, pelo menos, 2 anos. Uma outra exigência do Programa também deverá ser apresentada ao Agente no momento da seleção: em caso de mudança de endereço posterior à admissão, ele deverá pedir o desligamento do trabalho. Para os demais profissionais da equipe de saúde da família – médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, não há exigência relacionada ao local de moradia.

- A grande maioria dos Agentes Comunitários de Saúde (94,9%) desloca-se a pé para ir ao trabalho, conforme os dados apresentados na tabela acima. Chama a atenção, entretanto, o grande contingente desses trabalhadores que utiliza outros meios de locomoção para chegar à sua Unidade Básica de referência, como ônibus/lotação, carro, metrô e trem, entre outros.

- Outra variável relacionada, o tempo de deslocamento da casa ao trabalho, oferece informações importantes: 86,6% dos Agentes Comunitários de Saúde utilizam menos de meia hora para chegar ao trabalho, situação que seria a esperada, em termos gerais, para a totalidade dos Agentes. Em contrapartida, 434 Agentes (quase 10% dos 4.688 que compõem o universo de Agentes Comunitário de Saúde da Cidade) levam um tempo maior para deslocar-se de casa até o trabalho: de 30 minutos à 1 hora, 420; de 1 hora a 1½ hora, 12. Mais de 2 horas é o tempo gasto por 2 Agentes para chegar ao local de trabalho.

Os achados referentes a esta e às duas variáveis anteriores – meio de locomoção e região de moradia – quando confrontados com as exigências do Programa acima colocadas, evidenciam a necessidade de uma melhor observação dessa situação, na medida da expectativa do Programa colocada para o Agente de que, morando na mesma micro-área de sua população de referência, ele seja o representante e o porta-voz da comunidade, de sua cultura e de suas necessidades para a equipe, para a Unidade Básica de Saúde e para a Instituição e, principalmente, o *elo* entre o serviço de saúde e a população usuária.

- Exercendo essa ocupação há 3 anos completos e menos de 5 anos encontram-se 43,6% dos Agentes. Assim, 96,7 % dos Agentes Comunitários de Saúde do PSF da cidade de São Paulo têm menos de 5 anos de trabalho nessa atividade específica.

Considerando que o Programa teve início na Cidade por iniciativa do Governo do Estado, em 1996, através do Programa QUALIS e que, em maio de 2002, após São Paulo ter assumido a condição de Gestão Plena da Atenção Básica, as 183 Unidades Básicas de Saúde e as 217 equipes de saúde da família gerenciadas pelo Estado (e seus mais de um mil Agentes Comunitários) foram transferidas para o Município, esperava-se que houvesse um número maior de agentes com mais de 5 anos de vinculação ao Programa.

Essas evidências, entre outras, aparentemente contraditórias ou em desacordo com o esperado para a efetivação do Programa deverão ser mais bem estudadas e analisadas, inclusive através do cruzamento entre variáveis relacionadas e intervenientes.

- Quanto aos cursos de capacitação para trabalhar no PSF, cuja questão possibilitava mais de uma resposta para cada Agente, cabe ressaltar:

a) apenas 74,8% dos Agentes participaram do Treinamento Introdutório, considerado o Momento I, obrigatório para todos os integrantes da equipe de saúde da família imediatamente após a contratação. A participação nesse Momento é importante na medida em que contextualiza o profissional no Programa, seus objetivos, princípios e diretrizes e, principalmente, apresenta e discute as atribuições e responsabilidades de cada um dos membros da equipe.

b) a referência, por 4,1% dos Agentes, de desenvolverem o trabalho sem ter tido oportunidade de preparar-se para o desempenho do mesmo.

- São 96,7% os Agentes Comunitários de Saúde que trabalham em apenas um local, ou seja, no PSF do município. Essa situação seria a esperada para 100% desses trabalhadores, tendo em vista as expectativas e as especificidades do trabalho dessa categoria ocupacional.

- Duas evidências, entretanto, chamam a atenção quando se observam os dados apresentados com a expectativa colocada para o perfil e para a natureza da atuação desse profissional. A primeira, o fato de 3,3% dos Agentes informarem trabalhar em 2 ou mais locais, o que contradiz e em muito a dedicação e o compromisso esperados.

- O outro aspecto é que 8,6% dos 3.263 informantes - agentes não responderam essa questão relativa ao número de locais onde trabalham atualmente. Esse foi o maior percentual de abstenção de todo o questionário.

- Em relação à experiência de trabalho, conforme já evidenciado, para 48% dos respondentes não havia experiência profissional anterior, ou seja, o PSF, o “*ser agente comunitário de saúde*” apareceu como a primeira oportunidade de ingresso no mercado de trabalho, ou na realidade, conforme resultados de outros estudos, o PSF com uma importância grande na dinâmica do mercado de trabalho em geral.

- Para 91,5% do contingente que, na questão anterior, revelou experiência anterior ao trabalho de Agente Comunitário de Saúde, essa experiência verificou-se em áreas diferentes da saúde. Apenas para 10,2% dos respondentes a experiência anterior foi na área da saúde, sendo a de 9%, em unidades hospitalares.
- O fato de não ter experiência anterior em trabalho diretamente associado com a área da saúde pode ser um facilitador para o desenvolvimento das competências esperadas para o agente, ou não. Essa discussão, embora importante, não será desenvolvida nos limites deste Relatório.
- Quando se consideram, entretanto, as diferentes variáveis em relação aos agentes e sua apresentação nas diferentes regiões da cidade nota-se, de um lado, na maioria das vezes, muita semelhança na frequência das variáveis. Por outro lado, identificam-se diferenças e especificidades aparentemente importantes de uma região para outra.

Os agentes comunitários de saúde e as regiões da cidade

À observação dos dados e informações disponíveis sobre os agentes nas cinco regiões da cidade de São Paulo chama atenção, principalmente, a distribuição muito desigual do contingente de Agentes atuando em cada uma das cinco regiões: Norte, Centro-oeste, Sudeste, Leste e Sul.

A região Sul é a que apresenta o maior número de Agentes Comunitários de Saúde, seguida da região Leste. Na região Centro-oeste, coerente com a cobertura populacional de PSF menor que 10%, identifica-se um número menor de Agentes Comunitários de Saúde.

Residem, na região Sul, quase metade dos Agentes Comunitários e Saúde da cidade de São Paulo (42,2%). Em seguida aparece a Região Leste, onde residem 1.091 Agentes (33,6%). Cabe ressaltar que essas são regiões onde se situam áreas de maior exclusão social do Município. Entretanto, outras áreas de importante exclusão situam-se nas regiões Norte, onde residem 13,8% do total; na região Sudeste, 3,8%, e região Centro-Oeste, 6,4%.

Já a Região Leste foi a primeira a contar com o Programa de Saúde da Família. Foi em 1996 quando, mediante parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina, o Governo do Estado de São Paulo - em uma época em que a cidade não se inscrevia no contexto do SUS – que detinha cerca de 200 unidades básicas de saúde no município, iniciou a implantação do PSF com o nome de Programa QUALIS. Essa região, em agosto de 2004 - época da coleta de dados do Estudo- detinha o maior número de equipes de saúde da família da cidade e a segunda em número de Agentes Comunitários de Saúde, superada apenas pela região Sul.

Um fator que parece explicar a diversidade na distribuição de Agentes Comunitários de Saúde nas diferentes regiões é a decisão, já relatada na Introdução deste Capítulo, de alguns Diretores dos antigos Distritos de Saúde, em caráter inicial e temporário, de iniciar a implantação do PSF pela contratação de Agentes para que se iniciassem as atividades de cadastramento das famílias e de reconhecimento do território, enquanto não eram organizadas as equipes completas e contratados os demais profissionais: médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Assim é que, na medida da relatada impossibilidade financeira da Secretaria Municipal de Saúde de completar as equipes, esse movimento e essa decisão explicam, hoje, a existência de uma grande quantidade de equipes de PACS em que um número variável de agentes atua em determinada área, sob a supervisão de um enfermeiro. Essa situação é observada mais intensamente na Região Sul, especificamente nas Subprefeituras de M'Boi Mirim e de Campo Limpo.

Os agentes comunitários de saúde e as instituições parceiras da SMS

Conforme já colocado anteriormente o Programa de Saúde da Família - PSF, viabilizado para a população residente na cidade de São Paulo, já foi concebido na lógica de parceria com Instituições de notório saber e grande experiência nas áreas de ensino e de prestação de serviços de saúde.

Na ocasião, em 1996, estando o município de São Paulo trabalhando na lógica do Programa de assistência à Saúde – PAS, não atendia aos requisitos e condições para a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS para os municípios.

Nesse contexto, a Secretaria de Estado da Saúde comprometida com o SUS e suas estratégias de organização da Atenção Básica à Saúde, implantou o Programa, em parceria com as referidas instituições, com o nome de Programa QUALIS, já que

dispunha de quase 200 Unidades Básicas de Saúde que atendiam à população da Cidade.

A região Leste, com a Casa de Saúde Santa Marcelina foi a parceira pioneira na implantação do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo. A parceria deu-se em 1996, em convênio celebrado entre a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e a referida Instituição.

O convênio firmado entre a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Secretaria Estadual de Saúde foi para contratação das equipes do Programa de Saúde da Família em Unidades Básicas de Saúde localizadas exclusivamente na região Leste da Cidade, nas Coordenadorias de Itaim Paulista, Ermelino Matarazzo, São Miguel Paulista, São Mateus, Cidade Tiradentes, Guaianazes e Itaquera.

A segunda Instituição Parceira foi a Fundação Zerbini, em 1997, nas regiões Norte e Sudeste. A seguir vieram a Congregação Santa Catarina e a Universidade Santo Amaro, a UNISA, para a região Sul. Seguiu-se o QUALIS Próprio, com equipes constituídas de profissionais da própria Secretaria Estadual e os Agentes Comunitários de Saúde, e como a Secretaria não dispunha desse funcionário, apenas foram contratados pelas instituições anteriormente citadas, sendo um exemplo disto o trabalho na UBS de Vila Reunidas na Zona Norte.

No início de 2001, com a mudança da Gestão municipal, a cidade de São Paulo foi reintegrada ao SUS e o PSF foi colocado como a estratégia privilegiada de organização da atenção básica à saúde. O PSF municipal teve as primeiras equipes implantadas em setembro de 2001.

O município utilizou-se também do recurso de Instituições Parceiras para apoiar a viabilização do Programa. Outras 8 Instituições aceitaram a parceria para implantação do Programa: Associação Saúde da Família, Universidade Federal de São Paulo, Associação Comunitária Monte Azul, Instituto Adventista de Ensino, Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim, Hospital Israelita Albert Einstein, Fundação Faculdade de Medicina da USP e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Em maio de 2002, o município de São Paulo assume a condição de Gestão Plena da Atenção Básica e o Governo do Estado transfere as 183 Unidades Básicas de Saúde

estaduais e as 217 equipes de saúde da família gerenciadas pelo Estado, com um contingente de mais de um mil Agentes Comunitários de Saúde, para o Município.

Analogamente a quando se descreveram as frequências observadas em relação ao universo dos Agentes Comunitários de Saúde e para as 5 regiões da Cidade, a observação das frequências das variáveis de caracterização, quando sob o enfoque de cada uma das Instituições Parceiras do PSF, apontam para importantes questões, na perspectiva de viabilização, dos limites e das possibilidades dessa Política Pública, em especial quando, por um lado, a clientela e, por outros, os sujeitos são pessoas que residem em áreas metropolitanas ou em grandes cidades.

Além dos achados em relação ao universo dos agentes e em relação às diferentes regiões da cidade, trabalha-se com a hipótese de que há diferenças nas características, nas concepções e nas expectativas desse importante sujeito de viabilização da estratégia, além daquelas decorrentes do próprio agente, de sua inserção no contexto social, daquelas colocadas pela cultura, pelos processos e pela natureza da inserção no Programa, entre outros aspectos, o que influenciaria também, como hipótese, a forma de administração e gerenciamento das equipes de saúde da família em geral, e dos agentes comunitários de saúde em particular e, por consequência, algumas práticas, concepções e expectativas em relação ao ser agente comunitário.

Nesse contexto, alguns aspectos mais operacionais do Programa, importantes para o *ser agente comunitário de saúde*, como os que dizem respeito à região de moradia, ao meio de locomoção para o trabalho, ao tempo de deslocamento para o trabalho, quantidade de número de locais de trabalho, além do PSF entre outros, necessitam ser bem caracterizados e analisados na medida em que expressam condições de trabalho e exigências para a viabilização do Programa.

O Agente Comunitário de Saúde e o seu trabalho

Em 2001 – quando da decisão de organizar o Sistema Municipal de Saúde, tendo no PSF a base para a atenção básica à saúde – o município de São Paulo contava com mais de 200 Equipes Saúde da Família implantadas pelo QUALIS (SES/SP) que, juntas, somavam mais de 800 Agentes Comunitários de Saúde. Naquele ano, ao ser definida a política de integração da cidade de São Paulo ao SUS, as competências desse trabalhador como membro da equipe nuclear do PSF foram estabelecidas. Em

um período muito curto (de janeiro a abril de 2001), o número de Agentes na rede básica de serviços à saúde ampliou-se para, aproximadamente, 2.000. Foi um processo amplo e intenso.

As competências desse profissional, assim como dos demais membros da equipe nuclear do PSF (auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico), foram objeto de “consensos” que constam do documento **“Responsabilidades da Rede de Apoio à Implantação do PSF”** /Prefeitura Municipal de São Paulo (2002).

Tendo no PSF a base para a organização da atenção básica à saúde, o citado Documento, além das competências dos membros das equipes desse Programa, define também:

os princípios norteadores à organização das UBS;

as responsabilidades na atenção à saúde das famílias;

as responsabilidades gerenciais e administração (das UBS, do gerente, do funcionário administrativo/recepção);

as responsabilidades na gestão das UBS/PSF (do nível central, da organização da atenção básica/PSF, do grupo de capacitação, do grupo de apoio financeiro, dos projetos especiais, do grupo de apoio administrativo, dos interlocutores regionais, dos diretores e coordenadores distritais, do coordenador distrital do PSF, das instituições parceiras).

A responsabilidade creditada ao Agente, como consta no referido Documento, articula-se ao seguinte princípio: **a atenção básica à saúde, na cidade de São Paulo, organizar-se-á tendo como eixo o PSF**. Assim, tanto questões administrativas, gerenciais e de gestão, como as competências dos diferentes profissionais nas UBS quando “recortadas” desse **eixo**, podem perder consistência e pertinência. As competências que foram estabelecidas para o agente comunitário, naquele Documento, apresentam-se a seguir:

fortalecer o elo entre os indivíduos/famílias/comunidades e os serviços de saúde;

participar do processo de territorialização realizando o mapeamento da área da UBS;

cadastrar as famílias de sua micro-área de atuação e atuar os dados mensalmente;

identificar e priorizar as famílias expostas a condições de risco individual e coletivo sob orientação da equipe;

realizar por meio de visita domiciliar acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade na lógica da vigilância à saúde;

coletar e registrar corretamente as ações desenvolvidas e as informações colhidas na comunidade, para análise da situação das famílias acompanhadas;

participar no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da Unidade Básica de Saúde, com vistas à superação dos problemas identificados;

informar aos demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;

desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção em todas fases do ciclo de vida e nos Projetos Prioritários, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, mobilizando as comunidades com vistas à ampliação de autonomia na saúde;

atuar de forma integrada com os diversos segmentos das comunidades, a exemplo dos clubes de mães, associações de bairros, grupos de teatro, etc. na perspectiva de estabelecer canais de diálogo e participação efetiva entre as equipes nucleares e as famílias, criando vínculo de compromissos compartilhados na tarefa de promover a saúde;

conversar e orientar os indivíduos/famílias/comunidades no que se refere à saúde e sua forma de acesso;

inserir-se de forma permanente nos processos de formação, capacitação e educação, junto às equipes nucleares e demais profissionais da rede do Sistema Municipal de Saúde e outros setores do governo local;

participar e contribuir na execução da agenda municipal de saúde, segundo sua qualificação profissional, a exemplo do cartão SUS, controle da Dengue e outras doenças de caráter sazonal ou importância epidemiológica, combate à violência, ação da cidadania em defesa da vida e eliminação da fome, desemprego, etc.

Qual é o trabalho do Agente Comunitário de Saúde do Programa de Saúde da Família da Cidade de São Paulo?

Para identificação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, de suas atividades, conforme já se colocou, utilizam-se neste Relatório, duas fontes: os questionários preenchidos pelos agentes, quando eles têm a oportunidade de citar suas atividades, e o Relatório das oficinas de trabalho, promovidas pela SMS para validação das competências do Agente, tendo em vista a elaboração da Proposta de Curso Técnico para formar esse profissional.

As informações sobre o trabalho registradas, pelos agentes, nos questionários.

Os agentes, no preenchimento dos questionários, indicaram as atividades mais desenvolvidas nas residências das famílias, na comunidade e na Unidade Básica de Saúde no dia-a-dia. Entre as citadas, cabe referir:

1. realização de *visitas domiciliares* às famílias, ou seja, o principal meio do Agente para desenvolver o seu trabalho, seja de orientação, de informação, de acompanhamento, em especial aos idosos, aos acamados, às crianças, aos pais sobre como cuidar das crianças, ou alguma outra ação a ser realizada no domicílio ou, ainda, a visita considerada em si mesma é referida como importante fator de satisfação;
2. participação em *grupos educativos – assistenciais*, alguns deles orientados por programas de controle de doenças prevalentes – hipertensão, diabetes entre outros, ou para integrantes de específicos ciclos de vida ou a grupos populacionais mais expostos a riscos para a saúde. Outros grupos são formados na dependência da criatividade e da habilidade da equipe, como oficina terapêutica, caminhada (com controle de peso mensal), amamentação, dança, futebol, alfabetização, grafite e capoeira, trabalhos manuais para a 3ª. idade, entre outros. Esses grupos, conforme também já colocado, cobrem uma gama de finalidades: desde um papel mais educativo, muitas vezes oferecendo assistência suplementar ao atendimento médico; até atividades de lazer e cultura;
3. o desenvolvimento de *ações educativas e de informação*, segundo eles, para promoção da saúde, a prevenção de doenças e o controle de riscos, seja nas residências, na comunidade ou mesmo na Unidade Básica de Saúde. Na maioria das

vezes, as atividades referidas de promoção da saúde representem ações de prevenção de doenças;

4. ações de conhecimento da micro-área, de cadastramento das famílias, de atualização de cadastro, de coleta de dados, de relatórios, de reuniões de equipe de Planejamento e Avaliação do Trabalho para a área e micro-área;

5. são referidas também ações na unidade básica de saúde, algumas das quais não se consegue identificar o significado ou o conteúdo, e qual a participação do Agente Comunitário de Saúde no seu desenvolvimento. Alguns exemplos:

"poder fazer atendimento na UBS"

"Retirar prontuários, o acolhimento e realizar palestras"

"sala de vacina; sala de curativo, o acolhimentos dos usuários"

"cuidar das crianças e entregar exames para pacientes"

"atendimento aos idosos, acolhimento diferenciado"

6. O *Registro e a Quantificação do trabalho*, pelos depoimentos, parecem ser também atividades que ocupam parte importante do tempo do agente. Entretanto, essa atividade é, por eles, considerada como burocrática, como um tempo gasto inutilmente e sem nenhuma finalidade para o trabalho que desenvolvem ou têm como atribuição desenvolver. Há também uma expectativa de racionalidade do trabalho e, na medida em que parecem não ver sentido nessa atividade, a diminuição dos *papéis* e eliminação da duplicidade deles é sugestão colocada por muitos agentes comunitários.

As atividades dos Agentes, sintetizadas pelos participantes das Oficinas de Trabalho organizadas pela Coordenação da Atenção Básica e PSF/SMS, entre agosto e setembro de 2004, para definição das competências dos Agentes Comunitários de Saúde, tendo em vista a elaboração do Currículo para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, formação essa proposta e recomendada pelo Ministério da Saúde.

A Oficina de Trabalho: programação, desenvolvimento e participantes.

A Oficina de Trabalho para discussão e pactuação das competências do Agente Comunitário de Saúde comportou dois importantes momentos.

No **primeiro momento** (período de 30 de agosto a 03 de setembro de 2004), a programação desenvolvida teve como eixo o trabalho do Agente nas UBS municipais. A intenção foi construir um “retrato”, o mais nítido e fiel possível, desse trabalho. Por motivos operacionais, a Oficina desdobrou-se em 05 (cinco) dias. Em cada um desses dias contou-se com diferentes participantes, indicados conforme critérios estabelecidos pela SMS/CAB-PSF e Coordenadores do PSF, a saber: cada Coordenadoria de Saúde (31 no total) das Subprefeituras indicou um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um gerente de UBS com PSF, um coordenador de PSF, um Agente do PSF e um do PACS / UBS.

Além dos participantes indicados pelas Coordenadorias de Saúde, também participaram da Oficina:

- Agentes Comunitários de Saúde indicados pelas organizações da categoria (Federação, Associação);
- Representantes de Instituições de ensino e de prestação de serviços em saúde que mantêm parceria com a SMS na implementação do PSF.

Observa-se que, enquanto os participantes dessas duas últimas categorias foram os mesmos em todos os 05 dias da Oficina, os demais não se repetiam (a cada dia um conjunto diferente de participantes, preservados os critérios de indicação já citados).

Obedecendo a uma programação única, esse primeiro conjunto de oficinas cujo foco foi o trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde nas UBS da rede de saúde municipal, desenvolveu-se seguindo os mesmos passos e atividades:

- Informações sobre o esquema de trabalho do dia, apresentação dos coordenadores/facilitadores dos grupos e apresentação da coordenadora geral dos trabalhos;
- Trabalho em grupos e plenárias (02/dia) como definido na “seqüência de atividades das Oficinas”.

Os grupos foram constituídos heterogeneamente, tanto em relação à categoria profissional como ao local de trabalho dos participantes.

A cada dia os participantes foram distribuídos em 04 grupos o que resultou, após os cinco dias de trabalho, em um total de 20 grupos.

Cada grupo contou com um coordenador/facilitador e um relator (indicados pela organização da Oficina), cabendo a cada grupo escolher, entre seus membros, um apresentador e mais um relator.

Conforme previsto na seqüência de atividades, à apresentação dos participantes em cada grupo seguia-se um levantamento das atividades que estão sendo executadas pelos ACS nas UBS. Pautando-se na realidade e na demanda da região e/ou micro-região de inserção dos participantes, cada grupo indicou, entre as atividades listadas, aquelas que não deveriam ser realizadas pelo ACS; e, se fosse o caso, propor outras que poderiam ser incluídas no rol de ações a serem desempenhadas por esse profissional.

Na continuidade, o resultado dessa fase do trabalho dos grupos foi comparado com o “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde”. Esse documento, na sua versão preliminar, (apresentado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde/DEGES, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/SGTES do MS) foi tomado como referência dessa comparação por entender que a especificidade a ser conferida à formação do ACS no município de São Paulo deve considerar os parâmetros nacionais, porém deve estruturar-se nas peculiaridades sociais, epidemiológicas, sanitárias e demográficas do município/regiões/micro-regiões.

O total de participantes do conjunto das oficinas, nesse primeiro momento, foi 414 (quatrocentos e quatorze), somando-se todas as categorias e representações:

- Dia 30/08 (segunda-feira) – 87 (oitenta e sete) participantes;
- Dia 31/08 (terça-feira) – 66 (sessenta e seis) participantes;
- Dia 01/09 (quarta-feira) – 92 (noventa e dois) participantes;

- Dia 02/09 (quinta-feira) 96 (noventa e seis) participantes;
- Dia 03/09 (sexta-feira) – 73 (setenta e três) participantes.

Tabela 92 - Demonstrativo dos participantes da oficina de trabalho, por categoria profissional ou função/cargo, São Paulo, 2004.

Categoria Profissional, função/cargo	Quantidade	%
Agente Comunitário de Saúde	251	60,6
Auxiliar de Enfermagem	27	6,5
Coordenador PSF	17	4,1
Enfermeiro	39	9,4
Gerente de UBS	32	7,7
Médico	26	6,2
Outros representantes de Coordenadorias	10	2,5
Representantes de Instituições Parceiras	12	3,0
TOTAL	414	100.0

Fonte: Lista de Presença da Oficina, 30/08 a 03/09.

Cabe destacar que o total de participantes inclui profissionais de quase todas as UBS do município que contam com o trabalho do Agente.

Dessa primeira etapa, fez-se um relatório que foi o objeto do trabalho do **segundo momento da oficina**.

Considerando que a expectativa, com este segundo momento, incluía uma análise crítica e propositiva do trabalho do Agente nas UBS-SP, tendo como referência o resultado da etapa anterior, os grupos foram orientados a discutirem o conteúdo do relatório com destaque ao que faz o Agente, na cidade de São Paulo. Isto feito, os grupos deveriam tomar o referencial curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde, estabelecido pelo MEC e MS, e compará-lo com o trabalho do Agente, assim como fazer sugestões, propor encaminhamentos, estratégias e recomendações referentes à qualificação do Agente do município de São Paulo.

O trabalho do ACS nas UBS do Município de São Paulo

Como o trabalho do Agente acontece e sob quais condições foi a tônica da Oficina. Identificar e sintetizar do farto material registrado aquilo que o Agente faz, o que não deveria fazer e, o que poderia/ deveria fazer foi, no mínimo, um exercício de garimpagem em meio à diversidade de questões referentes às condições e circunstâncias que emolduram e conformam o cotidiano de trabalho do Agente.

A organização e consolidação dos dados e informações dos 20 grupos orientaram a identificação das atividades realizadas pelo Agente nas UBS.

Consolidar e organizar os dados e informações dos 20 grupos foi uma tarefa complexa. As ações do Agente foram categorizadas, pelos grupos, em:

A – Atividades realizadas dentro das UBS (atividades internas);

B – Atividades realizadas fora das UBS (atividades externas).

Antes, porém, de listar as atividades assim categorizadas, um recorte da apresentação de um dos grupos é emblemático.

“O que faz o ACS? É para falar tudo que o grupo anotou? Então vamos lá: visita domiciliar: (nesta visita, a gente identifica a situação domiciliar; orientação sobre alimentação e higiene, independente da idade, da doença e do problema que encontra; planejamento familiar; orientação de DST; dengue; prevenção de acidentes domésticos; funcionamento da unidade versus PSF; gestantes; busca ativa de TB; orientação de zoonoses; orientação de vacina; destino do lixo, diabéticos; hipertensos; encaminhamento de especialidades; tratamento supervisionado de TB; vaporização de problemas respiratórios; balcão ambulante de informações de todo tipo; autocuidado; responsabilização do paciente sobre sua saúde; acolhimento na casa; recebemos todos os problemas da casa – somos uma escuta). Nós somos várias profissões dentro do agente comunitário: nós somos assistente social, somos psicólogas, somos vendedoras, nós fazemos vaquinha, atrizes, cantoras, faxineira de casa, dançarinas... Então, nós somos”. multifuncionais. Falamos sobre a importância de não perder a consulta, os exames etc. Falamos sobre os acamados, orientação sobre os cuidados, dar orientação sobre curativos, orientação sobre saúde bucal, desde o nascimento de bebês. Prevenção de enchentes (avisa quando vai chover e o que fazer nessa chuva). Orientamos a criança que está fora da escola e os adultos também sobre alfabetização; encaminhamos paciente – geralmente o paciente mora sozinho e a

gente vai levar até o hospital, e até buscamos também se necessário. Nós somos uma escuta muito grande dentro da comunidade. Fazemos levantamento de hiper-dia, cartão SUS, cadastramento, janela de oportunidades, auto-exame da mama, platéia, saco de pancada, somos o estepe de tudo aquilo que falta na unidade (sempre que falta um funcionário, chama o agente comunitário). Fazemos terapia comunitária; estimulamos a participação nos conselhos; reuniões de micro-área para explicar o que é a função do ACS; Hospital: nós somos o comunicante. Sempre que tem um paciente lá, e esse paciente não tem uma pessoa, uma família, um responsável, geralmente a gente dá o número do telefone prá esse hospital entrar em contato conosco. Nós fazemos orientação sobre grupo, educativo e para que servem. A burocracia: tudo o que tem de burocrático na unidade, chama lá o agente comunitário – para relatório, assinar ponto, tudo isso. Reunião de equipe, papel das zoonose, olhar caixa d'água, fazer palestras; tem agente comunitário que faz aferição de PA; grupos que fazem revezamento no acolhimento recebem o paciente, o porquê, indica a sala, preenche dados para fichas, levanta e arquiva prontuários; substitui os ATA da unidade. Identifica recursos da comunidade para articular parcerias; digita ficha A do SIAB; faz alterações e SIS pré-natal; entrega tudo quanto é de coisa: exames, remédios; faz café na unidade (faz café na unidade; mas só pode tomar quando participa da vaquinha). Fazemos artesanato, lazer, cinema, caminhada, grupo de saúde mental, massagem, grupo de adolescentes, terapia ocupacional; teatro; somos escritores de livros; fazemos a semana da mulher; dia da beleza; identificação dos grupos de risco”.

Atividades que os ACS não deveriam realizar

Aqui os grupos foram unânimes: o Agente não deve realizar atividades que são próprias do ATA; preencher fichas (exceto a Ficha A) e formulários (zoonose, dengue); fazer cadastro do Cartão SUS; fazer limpeza da UBS; definir prioridades de atendimento nas UBS sozinhos.

Outras como medir PA, dar banho em pessoas acamadas, entregar medicamentos, fazer compras, acompanhar transporte de pessoas em ambulância, fazer registros e anotações no prontuário, dividiu as opiniões.

Mais uma vez, neste ponto, questões relativas às circunstâncias e condições do trabalho deram o “tom” das discussões, e os destaques apresentados representaram, com muita pertinência, o quadro das atividades que não devem ser atribuídas aos Agentes. Foi também reiterado que a falta de funcionários administrativos, unidades

com e sem PSF, somados à disparidade entre a demanda e a capacidade instalada em parte das UBS, geram esta “utilização circunstancial” da força de trabalho do Agente Comunitário. Também foi apontado, como gerador de uma série de atividades solicitadas ao Agente, o fato de a UBS receber incumbências e demandas de programas sociais, IBGE, Serviço de Zoonose, dentre outros.

Em termos gerais, apresenta-se aqui o resultado das discussões e, mais do que isso, as ações para as quais houve “*consenso*” entre os participantes, se integrariam ou não a função do Agente Comunitário de Saúde na cidade de São Paulo.

Tabela 93 - A opinião de grupo de trabalho da oficina sobre a listagem das atividades internas/o que FAZ o Agente dentro da UBS

Acolhimento;

SIM

Atende telefone/Orelhão

NÃO

Faz as atividades do ATA

NÃO

Faz limpeza de consultórios e da UBS

NÃO

Faz trabalho burocrático

próprio:

SIM

Lê pedidos médicos e lança na pasta

NÃO

Levanta os exames alterados e convoca os usuários para reunião.

NÃO

Levanta os prontuários com exames, leva o prontuário e o exame para o médico

NÃO

Marca e agenda consultas

interrogação

Organiza campanhas, salas de reunião

NÃO

Oorganiza fluxo, fila

NÃO

Orienta/coordena grupos: gestantes, adolescentes, diabéticos, hipertensos

SIM

Participa de reunião da equipe;

SIM

Participa de reunião de avaliação do trabalho;

SIM

Plantão do balcão e do acolhimento;

NÃO

Promove festas e faz decoração da Unidade ?

sem marcação

Remarca consulta de faltosos.

Arquiva exames, prontuários

interrogação

Orienta o usuário: gestantes, RN; crianças de zero a 5 anos; planejamento familiar;

SIM

Preenche SIAB/ estatística, faz cartão do SUS dos

cadastrados, Ficha B (SIM)

ficha de Papanicolau **(NÃO)**

Faz triagem e encaminha

NÃO

Acompanha para consulta médica

interrogação

Organiza e cuida da brinquedoteca

NÃO

Mede PA, temperatura, peso (para adiantar o trabalho do auxiliar de enfermagem)

NÃO

organiza a coleta de sangue

NÃO

Alfabetiza adultos

NÃO

Prioriza quem vai passar na consulta

NÃO

Pede e orienta exame de TB

NÃO

Faz terapia comunitária; grupo de auto-ajuda

SIM

Trabalha na recepção

NÃO

Digita dados em fichas várias

NÃO

Cobre férias de ATA

NÃO

Orienta e auxilia no exame de Papanicolau

NÃO

Distribui senhas/laboratório

NÃO

NÃO
Toma conta dos filhos dos usuários que estão na consulta

NÃO

Cuida dos problemas para evitar tumulto na UBS

NÃO

Faz cadastro para a assistência social

NÃO

Faz lanches, café ?
(sem marcação)

Faz palestras (no corredor)
NÃO

Faz agendamento de cadastro, pessoas que precisam de bilhete do metrô, outros programas sociais da prefeitura.

NÃO

Acompanhamento de pré-natal
(somente fora da UBS)

Controle material (almozarifado) e medicamentos (farmácia)

NÃO

Tabela 94– A opinião de grupo de trabalho da oficina sobre a listagem das atividades externas/o que FAZ o Agente fora da UBS

Ações educativas, preventivas, promoção à saúde

SIM

Faz visita domiciliar (cadastra família, orienta alimentação, cuidados com pessoas acamadas, RN, hipertensos, diabéticos, vacinas, problemas mentais, tuberculose, hanseníase, desnutrição, DST, dengue, animais domésticos)

SIM

Realiza atividades para reconhecer o território

SIM

Estipula prioridades

(interrogação)

Organiza e participa de teatro nas escolas e nas creches.

SIM

Faz visita supervisionada de TB; orienta sobre os medicamentos, alimentação, exames

SIM

Participa de reuniões do Conselho Gestor.

SIM

Faz visita de acompanhamento aos alunos da Liga de PSF – mostra o território, equipamentos de saúde

SIM

Busca ativa

SIM

Cadastra áreas, moradias e famílias vivendo em situação de risco

SIM

Entrega medicação em domicílio

Acompanha o transporte de pessoas para outros serviços (ambulância)

NÃO

Identifica e articula parceiros e apoios (organizações, escolas instituições, comerciantes, grupos sociais)

SIM

Participa, coordena e orienta atividades para idosos, crianças, adolescentes, moradores de rua, estrangeiros, (caminhadas, excursões, passeios, atividades físicas, artesanato)

(interrogação)

Dar banho em pessoas acamadas

NÃO

Prepara corpo após óbito

NÃO

Acompanha usuário em consulta com especialista quando não tem quem acompanhe.

(sem interrogação)

Trabalha com grupos nas escolas DST e AIDS

NÃO

Acompanha pessoas em ambulâncias

NÃO

Entrega correspondência; cesta básica

NÃO

Acompanha as VD feitas pelos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, estagiários;

(sem marcação)

Faz caminhadas, passeios e grupos

<p style="text-align: center;"><u>(sem marcação)</u></p> <p>Faz atividades do serviço da zoonose</p> <p style="text-align: center;"><u>SIM</u></p> <p>Participa e organiza festas na comunidade, bazares, vaquinha para arrecadar dinheiro para atividades e ajuda com as pessoas e grupos;</p> <p style="text-align: center;"><u>(sem interrogação)</u></p> <p>Coleta dados</p> <p style="text-align: center;"><u>SIM</u></p> <p>Faz a ligação entre a comunidade e o serviço (informações, consultas com especialistas)</p> <p style="text-align: center;"><u>SIM</u></p> <p>Acompanhamento de pacientes no hospital</p> <p style="text-align: center;"><u>(interrogação)</u></p>	<p style="text-align: center;"><u>SIM</u></p> <p>Orienta ginástica e grupos</p> <p style="text-align: center;"><u>SIM</u></p> <p>Faz acompanhamento de pessoas que estão em casa em tratamento psiquiátrico e informa ao médico para a troca de receita</p> <p style="text-align: center;"><u>SIM</u></p> <p>Levantamentos na micro região</p> <p style="text-align: center;"><u>SIM</u></p> <p>Preenche fichas e formulários</p> <p style="text-align: center;"><u>SIM</u></p> <p>Estimula a participação da comunidade nos Conselhos</p> <p style="text-align: center;"><u>SIM</u></p>
---	--

Obviamente essa forma (marcações pontuais) pode, em um primeiro momento, parecer linear, contudo, através dessa marcação, pelo menos duas observações podem ser consideradas: uma que há diferentes percepções (ou experiências) com o trabalho do Agente. A outra é que essas marcações significam que a expectativa (ou a demanda) em relação ao trabalho do Agente é outra que da que está, realmente, acontecendo hoje nas UBS da cidade de São Paulo.

Essa discussão sobre as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, os limites e as possibilidades situa-se no rol de questionamentos da Estação Observatório, quando do estudo do Programa de Saúde da Família e dos seus sujeitos, em grandes cidades e áreas metropolitanas.

Como os agentes comunitários de saúde vêm e sentem e o que esperam do Programa de Saúde da Família?

As concepções, as representações, as expectativas dos agentes em relação ao PSF

Os questionários preenchidos pelos próprios Agentes Comunitários de Saúde, após leitura e sistematização dos achados em relação a pontos específicos, possibilitaram a identificação de um determinado padrão de expectativa/percepção/ posicionamento sobre o Projeto e sobre o seu trabalho.

As concepções, as representações, as expectativas de que eram portadores os Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família, em 2004, identificadas mediante análise das entrevistas, são aqui colocadas.

Uma análise mais detalhada será aqui desenvolvida em relação à satisfação no trabalho, através da aplicação de Escala de Likert e da análise das respostas às questões abertas:

“o que lhe traz mais satisfação no trabalho?” e “o que lhe traz insatisfação no trabalho?”

Assim, neste Capítulo, será desenvolvida análise em relação a:

- A satisfação dos Agentes Comunitários de Saúde do PSF paulistano: os fatores e sua participação;
- Os motivos pelos quais resolveram ser Agentes Comunitários de Saúde e trabalhar no PSF;
- As principais sugestões apresentadas para o Programa;
- Os planos individuais e profissionais dos agentes comunitários para o futuro.

A satisfação no trabalho para os agentes comunitários de saúde do PSF de São Paulo

Pelas respostas aos indicadores da escala de Likert

Quando se analisa o posicionamento do total dos Agentes em relação a cada um dos 17 indicadores já apresentados, evidencia-se que os aspectos que apresentaram percentuais mais favoráveis para o conjunto dos agentes informantes, dizem respeito às *Relações de Trabalho*, especificamente com o restante da equipe. Assim, dos quatro indicadores que apresentaram maiores percentuais favoráveis, iguais ou acima de 90%, três relacionam-se com essa dimensão do trabalho, ou seja, com o relacionamento com a equipe e com a adesão ao Programa expressando, essa última vertente, a expectativa de futuro profissional.

Evidenciam-se, assim, por um lado, como fatores de maior *satisfação no trabalho*, com percentuais altamente favoráveis, em primeiro lugar, o *relacionamento intra-equipe* - 93,9%; a seguir aparece o indicador *crescimento no trabalho como fator de satisfação* - 91,8%; como terceiro fator de satisfação, outro indicador relacionado com as Relações de Trabalho no PSF: *as reuniões de equipe*, com percentual favorável de 90,6%. A *adesão ao Programa* e, por conseqüência, a intenção de trabalhar por longo tempo no PSF, aparece como fator de satisfação com percentual favorável de 90,0%.

Por outro lado, como seria de se esperar, aparecem fatores considerados pelo total dos agentes, de *menor satisfação*, os quais podem ser considerados como indicadores de insatisfação no trabalho. Nesse contexto, as principais manifestações de insatisfação, ou com os cinco menores percentuais favoráveis, referem-se a um conjunto de condições e situações que foram consideradas como *indicadores de Condições de Trabalho*. Assim, o *stress*, indicador de muita tensão no trabalho, aparece como o indicador de menor percentual favorável – 32,6%. Na seqüência, outras condições pouco relacionadas como fatores de satisfação ou com menores percentuais favoráveis, pela ordem, referem-se aos indicadores *ambiente físico* (43,7%), disponibilidade de *materiais* para realizar o trabalho (50,1%) e *suficiência do treinamento* para o exercício do trabalho (61,4%).

A *interface equipe/comunidade*, classificada no grupo de *relações do trabalho* aparece também com baixo percentual favorável (56,5%) para os Agentes Comunitários de Saúde do PSF de São Paulo.

Se, por um lado, a maioria dos indicadores relacionados com as Relações de Trabalho e com as Condições de Trabalho, no geral, entre os Agentes Comunitários de Saúde, apresentaram-se como indicadores de satisfação e de insatisfação no trabalho, respectivamente, por outro lado, a grande maioria dos indicadores classificados como relacionados ao *Processo de Trabalho* do PSF apresentaram, na maioria dos casos, *percentuais favoráveis intermediários*, variando entre 79,7 e 85,0%.

Entretanto, quando se consideram os resultados obtidos com a análise do conjunto das respostas da pesquisa sobre satisfação no trabalho, identifica-se, no geral, um percentual bastante favorável ou de satisfação em relação ao conjunto do trabalho no PSF; o *escore total evidenciando* o posicionamento para os 17 indicadores colocados corresponde a 75,9%, percentual de satisfação que, embora a partir de resposta

induzida, pode ser considerado extremamente positivo em termos de avaliação do trabalho em saúde, pelos seus sujeitos.

Essa evidência é confirmada pela resposta à questão 18, *“qual o seu grau de satisfação no trabalho?”*, o parecer favorável, em geral, fica em 74,4%.

Pelos fatores de satisfação e de insatisfação apontados em resposta às questões abertas: *“o que lhe traz mais satisfação no trabalho?”* e *“o que lhe traz insatisfação no trabalho?”*

Os motivos de satisfação

Solicitados a expressar livremente até três motivos de maior satisfação no trabalho, os Agentes Comunitários de Saúde tiveram oportunidade de indicar os principais motivos, sendo os mais citados aqui apresentados.

A forma de expressão dessas motivações, como era de se esperar, variou bastante entre os Agentes Comunitários de Saúde que responderam o instrumento da pesquisa.

Pode-se atribuir essa variação, observando-se o registro dos depoimentos, às diferentes concepções de que são portadores esses agentes acerca do Programa e do sentido de sua prática. A análise desse conjunto de concepções não será esgotada nos limites objeto deste Relatório Técnico.

Proceder-se-á aqui a um reconhecimento dessas concepções e percepções e representações sociais lançando mão da própria palavra dos agentes.

Esse reconhecimento geral objetiva complementar a caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde, as manifestações de satisfação, no sentido de ampliar o quadro de informações sobre os agentes, o qual será, certamente, enriquecido com a análise das perguntas abertas.

Ao referirem, livremente, por questões abertas, os motivos de satisfação no trabalho, os agentes enfatizam várias dimensões relacionadas com valores subjetivos de valorização pessoal, como a auto-estima, a autonomia, a responsabilidade, o sentir-

se útil, prestativo, o reconhecimento pessoal e profissional, a possibilidade de ascensão pessoal e profissional, a importância atribuída ao seu trabalho, a ampliação de conhecimentos e de experiência e o processo e as condições de trabalho.

Assim, identificam-se em **primeiro lugar** como os motivos mais referidos, aqueles ligados ao sentido do seu trabalho, na realidade, a razões humanitárias, de ajuda solidária a pessoas, a famílias, à comunidade. Os agentes enfatizam também a satisfação por ajudar pessoas e a identidade com um trabalho dirigido a famílias que necessitam, a *peessoas carentes*.

"Me sentir útil ajudando aqueles mais necessitados, as pessoas carentes, saber que sou valorizado, que sou útil. Trabalhar com pessoas mais carentes"

"Prazer de ajudar alguns, alegria de entrar nas casas e fazer alguém sorrir; a maneira que sou tratada"

"Poder ajudar a comunidade, novas amizades feitas, o espírito de equipe que faço parte"

"Poder ser útil às pessoas que sofrem de doenças, a sensação de ainda ser produtiva, receber meu salário com dignidade"

Em **segundo lugar**, em frequência de manifestações, aparece como fator de satisfação no PSF, para os Agentes, a união da equipe, ter o apoio da equipe, pertencer a uma equipe, trabalhar em equipe, ser aceito e respeitado na equipe, pelos colegas, com outros agentes, com outros profissionais, a hierarquia.

"Poder contar com a cooperação dos colegas de trabalho; realizar os procedimentos com técnicas e ética; ser reconhecido pela minha competência e dedicação"

"O bom relacionamento com os profissionais e auxiliares de enfermagem; o contato direto com os cadastrados (clientes); trabalho na área que gosto"

"A união da equipe e bom relacionamento com toda comunidade e, principalmente, a diminuição do tamanho das filas nos postos de saúde"

"Poder conviver em hierarquia, pois a convivência nos proporciona grandes satisfação"

Em **terceiro lugar**, expressiva quantidade de afirmativas que evidenciam, como o principal motivo de satisfação no trabalho, a aprovação, a valorização, o reconhecimento, o agradecimento, a satisfação da população.

"Agradecimento e satisfação dos pacientes, poder salvar algumas vidas com minhas orientações e resolver os problemas"

"Ver as pessoas lutando para valorizar nosso trabalho, ver a satisfação das pessoas ao nos receber, poder dar informações corretas a elas"

"Quando a comunidade reconhece o nosso esforço a nossa dedicação, ser ouvida quando escutam nossa opinião, ser respeitado como agente e cidadão"

Em **quarto lugar** em frequência de citações, um expressivo contingente dos agentes refere, como fator de satisfação e prazer, o fato de, com o seu trabalho, conseguir resolver os problemas dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

"Sair para visita, encontrar um problema e poder voltar com a solução, uma solução aos problemas de saúde da família, seja positiva ou negativa, levar o problema à equipe e trazer a solução"

"Quando eu consigo uma consulta, pelo que fazemos pela comunidade, garantimos um plano familiar"

"Garantir consulta médica em casa"

"Conseguir marcar dentista"

Nesse grupo, outra citação bastante freqüente: a satisfação em ver "os resultados" do seu trabalho e do Programa embora, algumas vezes, as percepções e as concepções expressas sobre o trabalho e sobre o Programa sejam heterogêneas e até divergentes.

"Poder salvar vidas"

"Ver a comunidade feliz por ter ganhado um plano de saúde domiciliar"

"Conseguir reduzir a mortalidade infantil"

"Ver a melhoria da vida da comunidade, diminuição da patologia da região"

"Conseguir mudar a postura da comunidade"

"Ver diminuir as filas das UBS"

Em **quinto lugar**, foram indicados como razões de satisfação, alguns fatores que se podem considerar como relacionados a *condições de trabalho*: seja a condições de inserção, como vínculo, salário, horário de trabalho, a proximidade do trabalho com a residência; seja a estrutura e funcionamento do trabalho, isto é, ambiente de trabalho, material, equipamentos e normas, oportunidades de treinamento, supervisão e orientação.

"Oportunidade de trabalho"

"Ter um emprego, visitar famílias, fazer novos amigos"

"Salário em dia, dinheiro, salário no final do mês"

"Ter salário, emprego, benefícios"

"Ter carteira assinada"

"Finais de semana livres"

"Trabalhar perto de casa, não precisar de ônibus"

*"Aprendizado e novos conhecimentos com outros profissionais sabendo que posso ajudar **meu paciente** em algo"*

Em **sexto lugar**, a satisfação dos agentes se dá por referência ao processo de trabalho, ao desenvolvimento propriamente das atividades que fazem parte da proposta e outras, nem tanto. Também em ordem de frequência, foram indicados:

- o desenvolvimento de ações educativas e de informação para promoção da saúde, a prevenção de doenças e o controle de riscos embora, na maioria das vezes, as atividades referidas de promoção da saúde representem ações de prevenção de doenças.

"Orientar os menos esclarecidos, dar melhor condição de saúde as famílias e contato com mais necessitados"

"Levar saúde e informação, prevenção"

"Fazer promoção da saúde"

*"Falar do PSF orientando, prevenindo e **agindo**, quando preciso"*

"Portas abertas para o exame de papanicolau"

"Poder orientar um paciente, ajudar na orientação sobre o risco saúde"

"Orientação e auxílio de famílias; resolução de problemas de saúde antes esquecidos; felicidade que as famílias têm para solucionar e esclarecer dúvidas conosco"

*"Promover a saúde e não só cuidar da doença; ver a satisfação no rosto dos nossos **pacientes**"*

"Conviver com as pessoas levando esperança, satisfação pessoal e enriquecimento espiritual"

"Ter 90% das crianças com a vacina em dia, poder ajudar os idosos da comunidade, gestante com apoio durante toda gravidez"

"Mostrar ao paciente o lado bom de viver; mostrar que é muito mais fácil cuidar da saúde do que da doença"

Ainda nessa perspectiva, a constituição, a participação em atividades de grupos também é referida como fator importante de satisfação.

"Participar de grupos de diabetes e hipertensão, gravidez"

"Grupos com crianças e poder ajudar ao próximo independente de cor, raça ou religião"

"Reuniões com a população, palestras com os grupos"

"Trabalhar com a 3ª idade, desenvolver projetos de ajuda a comunidade como palestras de prevenção, grupos, etc"

"Dar bom atendimento com grupos de tai-chi, caminhadas, palestras levando saúde e ligando a comunidade com o posto"

- A realização de visitas às famílias, ou seja, o principal meio do Agente para desenvolver o seu trabalho, seja de orientação, de informação, de acompanhamento ou alguma outra ação ou, ainda, a visita considerada em si mesma é fator importante relatado de satisfação.

"A satisfação do cliente na visita domiciliar, quando posso ajudar o cliente totalmente na sua necessidade; a alegria das crianças quando participam dos grupos e atividades"

"Quando estou visitando as famílias; quando vamos visitar os acamados e sentir sua felicidade; quando estou nos grupos de hipertensão arterial"

"Visitas domiciliares; trabalho com a comunidade; grupos e palestras"

"Visitas a deficientes e idosos, ajudar o próximo"

- É ainda referido com frequência, como motivo de satisfação, um rol de atividades, algumas das quais não se consegue identificar a real dimensão, o significado, o conteúdo da ação e qual a participação do Agente Comunitário de Saúde no seu desenvolvimento.

"Poder fazer atendimento na UBS"

"O acolhimento e visitas domiciliar e os grupos de gestantes"

"Atenção aos hipertensos e diabéticos; controle de pré-natal"

"Acompanhar gestantes, crianças e idosos"

"O acolhimento e realizar palestras a comunidade"

"Sala de vacina; sala de curativo, trabalho com grupo"

"Fazer trabalhos na comunidade, o acolhimentos dos usuários"

"Cuidar das crianças e entregar exames para pacientes"

"Atendimento aos idosos, visita do médico às famílias, acolhimento diferenciado"

- Já as ações de conhecimento da micro-área, de cadastramento das famílias, de atualização de cadastro, de coleta de dados, de relatórios, de reuniões de equipe e as oportunidades de Planejamento e Avaliação do Trabalho para a área e micro-área tiveram raríssimas referências como motivos de satisfação:

"Quando juntos elaboramos grupos ou estratégias para melhorar as condições da saúde ou da vida da nossa comunidade"

"Estar com a responsabilidade das famílias cadastradas"

"Trabalho em cima de diagnostico em saúde, grupos educativos; visita domiciliar"

"Vinculo com a comunidade; conhecimento dos problemas e da realidade da comunidade; trabalho em equipe"

Outros motivos de satisfação, embora tenham aparecido em menor frequência, merecem ser ressaltados.

- Razões de satisfação relacionadas com especificidades do Programa, com suas vantagens, com os seus atrativos e com o fato de contribuir com um Projeto/Programa inovador, gratificante, que ajuda e satisfaz as pessoas, que conduz a uma saúde melhor.

"Ajudar minha comunidade com o trabalho oferecido pelo PSF"

"Ver as pessoas felizes com o atendimento que não tinham antes"

"Ver a comunidade acreditando no PSF"

- Um grupamento de "fazer o que gosta", identidade com a tarefa, trabalhar na área da saúde:

"Ser agente foi a melhor coisa que me aconteceu pois faço o que gosto e vejo o quanto é importante o trabalho na vida de cada pessoa da minha área"

"Fazer meu trabalho com gosto, poder mudar minha comunidade, ver sorriso das pessoas"

"Trabalho no que gosto e, nessa profissão no PSF, encontrei condições de ajudar o próximo, vejo qualidade de trabalho técnico, satisfação dos usuários e gosto do trabalho em equipe"

"O programa que é maravilhoso. Poder ajudar as pessoas"

- A autonomia no trabalho, a liberdade para opinar:

"Ter autonomia no trabalho"

"Liberdade em opinar, trabalhando em equipe"

"Ter a liberdade de por em pratica os meus projetos, gratidão por mim e equipe e saber que a população reconhece o novo trabalho"

- Fazer parte da comunidade, trabalhar com e na comunidade, conhecer melhor a comunidade, ser o elo entre a comunidade e a equipe:

"Estar na minha comunidade e poder participar de seu progresso na área da saúde"

"Ser um veículo entre paciente e equipe"

"Ser o elo da população com o resto do Sistema, com a UBS, com a equipe"

Os motivos de insatisfação

À pergunta "O que lhe traz insatisfação no trabalho?", cada um dos 3.263 agentes comunitários de saúde que informaram a Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde enumerou alguns motivos.

Diferentemente dos motivos relacionados à satisfação, os quais envolveram uma enorme diversificação de razões, os principais motivos de insatisfação referidos podem ser agrupados em 4 grandes categorias ou dimensões.

Também aqui, considerando o fato de que foram pedidos três fatores, considerar-se-á aquele explicitado em primeiro lugar.

Em primeiro lugar, como motivo de **insatisfação** são apontadas, pelos Agentes Comunitários de Saúde, razões referentes à dificuldade em marcar consultas médicas e exames e em conseguir os medicamentos indicados. Essas manifestações podem sugerir uma grande valorização, pelo agente, de sua função assistencial, ou refletir as dificuldades que enfrentam, por ocasião da atuação na comunidade e das visitas domiciliares, com as queixas dos usuários. Os depoimentos abaixo são bastante sugestivos.

"Quando não conseguimos referências para encaminhamentos, como, psiquiatras, dentistas, ultra-som de coluna, ortopedistas e outros"

"Falta de hospital na região, falta de referências e especialistas"

"Demora nas consultas e exames, falta de referências e descaso na solução de problemas"

"Marcar consulta para muito longe, benefícios, diferença de salários"

"Falta de remédio, medico e espaço na unidade"

"Não ter médico na unidade, falta de material para trabalhar, muita cobrança"

"Agenda cheia já no começo do mês"

"Falta de médicos, ambulâncias, PA"

Talvez a expressão seguinte, de um agente, possa ajudar a entender o lado do agente e as suas dificuldades e esclarecer uma parte das dúvidas acima referidas:

"Nas áreas de especialidades a demora é grande, a cobrança é muito grande em cima do agente".

Um dos primeiros motivos de satisfação torna-se aqui a *segunda razão de insatisfação: as relações de trabalho intra-equipe e com os demais profissionais da Unidade Básica de Saúde, com a direção da Unidade, e com a população usuária dos serviços.*

Muitas são as manifestações dos agentes que aqui se colocam com o objetivo de permitir um entendimento das múltiplas faces dessa **relação do agente com a equipe** e com os profissionais da unidade, de um lado gerando satisfação e promovendo a auto-estima e, de outro, evidenciando os conflitos do dia-a-dia.

"A arrogância das enfermeiras, às vezes não consigo satisfazer as necessidades de alimentação de algumas pessoas necessitadas"

"Abuso de poder, não poder fazer uma visita de qualidade porque minha chefia quer quantidade"

"O tratamento dado aos pacientes na Unidade por parte do auxiliar de enfermagem; a prepotência e arrogância dos profissionais da equipe técnica"

"Falta de respeito dos técnicos com a profissão; o fato do Agente Comunitário de Saúde ser o faz tudo, o tapa todos os buracos da equipe; o horário de trabalho sem limites"

"Mau humor dos profissionais, dedo-duros, incompetência"

"Atendimento desumano por parte dos profissionais"

"Preconceito contra os agentes dentro da Unidade, divisão da equipe, discriminação em relação ao nosso trabalho"

"Incompreensão dos ACS uns com os outros, falta de diálogo, ninguém ajuda ninguém, fofoca, discriminação"

"Falta de comunicação dentro da equipe"

"Quando há preguiça por parte dos médicos; quando você sabe que tem que fazer um grupo de orientação e não tem apoio"

"Falta de comprometimento da equipe, espaço físico insuficiente, falta de resposta às necessidades da população"

desnecessária"

"Pressão, má remuneração"

"Ingratidão das pessoas, má qualidade dos uniformes, desvalorização do nosso salário"

"Falta de treinamento"

"Médicos que são mal educados"

"Falta de interesse de alguns colegas, falta de funcionários, não poder resolver os problemas"

"Cobrança, não reconhecimento dos ACS pelos médicos e enfermeiros, excesso de trabalho, UBS gerando stress"

"Mau humor dos colegas, usuários mal instruídos, falta de opinar"

"Falsidade, falta de autonomia, trabalho não reconhecido"

"Fuxico, fofoca dentro da UBS, falta de respeito com os agentes nos postos"

"Não ser respeitada pelos membros da minha equipe, não ter como partilhar os problemas da área com a equipe e buscar juntos soluções, não termos uma equipe capacitada para atender a população"

"Saber que as UBS só funcionam por causa dos agentes e quando a corda arrebenta, sobra para nós"

Da mesma forma que os motivos mais referidos de satisfação, os de insatisfação evidenciam a importância, para os agentes, da auto-estima, da aprovação pela equipe mas, também, pela população.

Ao mesmo tempo a necessidade de aprovação, de reconhecimento, de agradecimento do esforço e do trabalho, **pela população**, a inexistência desse retorno, torna-se importante motivo de insatisfação, conforme aqui se evidencia.

"Nosso trabalho não ser reconhecido pelas famílias"

"Ser abordado pelos pacientes no final de semana, não ter benefícios e diferença de salários"

"Algumas pessoas não nos dão valor, certas coisas que ouço dos chefes"

"Ser maltratada pela comunidade, não ser ouvida na equipe e não poder resolver alguns problemas"

"A população que nunca está satisfeita"

Como **terceiro motivo de insatisfação** mais citado pelos agentes, aparecem razões que podem ser consideradas como relacionadas às **Condições de Trabalho**.

Colocam-se aqui vários exemplos que expressam as diferentes dimensões e os aspectos da insatisfação e, provavelmente, explicam melhor o **stress** referido como fator de menor satisfação entre os Agentes Comunitários de Saúde, quando da Escala de Satisfação, item 5 do instrumento de pesquisa.

"Ter que trabalhar embaixo de chuva, prometer e não poder cumprir, o mau atendimento na unidade"

"A burocracia criada pelos órgãos públicos, um gasto em papelada que, em resumo, não seria preciso"

"Burocracia, má remuneração e excesso de trabalho"

"Quando recebemos muito papel sem saber a finalidade; quando, antes de concluir uma tarefa, já ter outra para cumprir; a falta de reconhecimento do nosso trabalho"

"A lonjura do Posto no qual trabalhamos, falta de especialistas na nossa região, falta de alguns medicamentos, também"

"Distância entre a UBS e a comunidade, discórdia, o que dificulta ainda mais o nosso trabalho"

"Falta de espaço físico, remédios e especialistas nas UBS"

"Unidade pequena para tantos usuários, salário muito pequeno e desigual"

"Falta de material de trabalho"

"Ser da Parceira, falta de medicação e tantas horas de trabalho para os agentes"

"Horário de trabalho, intrigas e fofocas"

"Salários baixos, falta de médicos e recursos"

"Salário péssimo, grave desorganização e descompromisso, ser tratada, muitas vezes, como a miserável do Ângela ou como a garota de recados"

"A palavra do Agente não ter peso e não ser levada a sério, ter que aceitar tudo sem expor a nossa opinião"

"Falta de uniformes, poucos cursos de capacitação e desigualdade entre parceiros"

"Falta de preparação para agirmos em determinadas situações"

"Ainda ser PACS, não ter médico, nem auxiliar, o que torna o trabalho muito difícil"

"Quando sou deslocada para outras funções ou vejo a comunidade insatisfeita"

Em quarto lugar aparecem aquelas que foram mais relacionadas pelos agentes, na questão anterior (6.1), como fatores de satisfação: aqueles ligados **ao sentido do seu trabalho**, na realidade, a razões humanitárias, de ajuda solidária à pessoas, às famílias, à comunidade.

"Não conseguir ajudar, resolver os problemas das pessoas"

"Deixar de ser útil, falta de especialidades para a comunidade, agilidade nos exames"

"Não poder ajudar mais a comunidade e salário baixo"

"Quando não posso ajudar e não sou ouvido"

"Quando não posso resolver os problemas do usuário e ter que chegar neles sem saber o que dizer"

"Não poder resolver alguns casos por pura burocracia"

"Não poder fazer mais"

"Não poder solucionar tudo"

Pouquíssimos agentes referiram questões de planejamento e avaliação do trabalho realizado. Entre as raras citações em relação a esse aspecto do trabalho, aparece *"não ter retorno do trabalho que você desenvolveu"*.

Finalmente, para poucos agentes, **tudo**, no trabalho, traz insatisfação.

Os motivos pelos quais resolveram ser Agentes Comunitários de Saúde e trabalhar no PSF;

Chama a atenção o primeiro motivo referido pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF da cidade de São Paulo para escolha da profissão e/ou do trabalho no PSF:

- **O desemprego**, citado dessa forma por quase um terço dos agentes informantes da pesquisa e, por mais de um terço, ao se considerar outras manifestações semelhantes, como **oportunidade de trabalho, a necessidade, a falta de opção**. Essas manifestações que indicam como principais motivos de procura do PSF, pelo agente comunitário de saúde, aqueles relacionados com a dinâmica do mercado de trabalho associadas aos achados no processo de caracterização desses agentes, revestem-se de grande importância para a gestão do Sistema Único de Saúde no município e, nele, para a gestão da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família.

Em segundo lugar, em termos de frequência de manifestações, os Agentes Comunitários de Saúde vêm para o PSF por que:

"Gosto de ser útil, de ajudar e de trabalhar com as pessoas, a população, a comunidade"

"Sempre gostei das pessoas e trabalhar com elas é muito bom"

"Tinha a oportunidade de ajudar as pessoas não só na saúde, mas nas dificuldades do dia a dia"

"Por gostar de trabalhar com a população"

Ainda nessa dimensão, a vontade de ajudar ao próximo, o amor ao próximo e o auxílio aos necessitados:

"Poder ajudar aqueles que estão mais necessitados"

"Vontade de ajudar ao próximo"

"Poder servir os necessitados e excluídos da sociedade"

Em terceiro lugar os agentes também escolheram o PSF porque acreditam na proposta do Programa, ou seja, pelos atrativos do próprio Programa: inovador, gratificante, que conduz a uma saúde melhor.

"Porque é uma das saídas para tentar arrumar a saúde no Brasil"

"A possibilidade de ser parte da mudança em nossa periferia tão esquecida ajudando as pessoas acreditar em si e cobrar seus direitos"

"Por acreditar estar fazendo o melhor pela minha comunidade"

As Condições de Trabalho também foram apontadas em quarto lugar como motivo para escolha da profissão: proximidade de casa, aprimorar conhecimentos no trabalho, estabilidade profissional, registro em carteira, entre outros.

"Poder trabalhar perto de casa sem ter que pegar condução ou levantar de madrugada"

"Porque era um serviço fixo e eu estou próximo da minha casa"

"Trabalhar de 2ª a 6ª"

Em quinto lugar, aparece o desejo anterior de trabalhar na área da saúde como opção para escolha da profissão.

"Porque sempre quis trabalhar na área da saúde e graças a Deus eu consegui"

O "**Acaso**" é apontado, a seguir, por um contingente importante dos agentes, como responsável pela escolha do PSF.

As principais sugestões apresentadas para o Programa

Chamados a colocar sugestões para o PSF, os Agentes Comunitários de Saúde, em sua grande maioria, sugeriram medidas ou providências relacionadas a três principais dimensões do Programa.

Em primeiro lugar sugeriram providências em relação às condições de trabalho, em especial a questões salariais e sobre a necessidade de capacitação e de profissionalização da ocupação de Agente Comunitário de Saúde, além de apoio psicológico, entre outros aspectos.

A motivação para o grande número de manifestações dos agentes, aqui transcrito, prende-se à riqueza das expressões e à diversidade de aspectos sugeridos pelos

agentes, o que certamente será de grande utilidade para a gestão da estratégia de Saúde da Família, pela Secretaria Municipal de Saúde.

"Diminuir a burocracia que amarra nossas mãos, tem que dar-nos mais autonomia para tomada de decisões"

"Melhorar as condições de trabalho, vir a ser funcionária pública que é o meu sonho, guarda-chuva, uniformes de acordo com nossas necessidades, convênio médico e escolar"

"Todos os agentes trabalhem com igualdade de um piso salarial compatível com a nossa profissão, pois o PSF depende do agente e não só do médico, auxiliar de enfermagem e enfermeira que são bem mais remunerados que nós"

"Piso salarial igual a 3 salários mínimos, educação continuada para os agentes, formação técnica"

"Melhorar o salário do ACS, dar melhores condições de trabalho, ter sempre o apoio e que esses eventos sejam durante a semana"

"Que pagassem um salário justo para os agentes, tirando as parcerias e efetivando os mesmos"

"Pagar insalubridade, vale transporte, ter liberdade de expressão, liberdade para fazer um trabalho melhor, porque dá para fazer"

"Plano de carreira aos agentes, maiores salários, mais recursos de trabalho"

"Filtro solar, guarda-chuva, bolsa de ombro, convênio médico e psicólogos para os agentes"

"Mais materiais como: lápis, caneta e, principalmente, filtro solar, porque tomamos muito sol na pele todos os dias"

"Que o agente comunitário de saúde seja tratado emocionalmente, que as consultas de especialidades sejam atendidas, pois há muita demora, filtro solar"

"Que não haja concurso público para contratação dos ACS pois esses devem fazer parte da comunidade, mas dar a eles a oportunidade de serem funcionários públicos com todos os direitos"

"Cursos de capacitação para os agentes e rever os agentes que já trabalharam, se eles têm capacidade para continuar como agentes; se não tiver, trocar de agente"

"Formação, oportunidade de carreira ao agente, padronização"

"Capacitação para melhora do atendimento, mais profissionais comprometidos com a proposta PSF, remédios, equipes, uniformes"

"Ter oportunidade de crescer profissionalmente, dando a vaga para outras pessoas; cursos com cargas horárias suficientes a um bom aprendizado para desenvolvermos mais nosso trabalho e para tornarmos familiarizados com a área da saúde; que tenham equipamentos para melhor atender a comunidade"

"Reduzir o número de famílias por agente para que o atendimento tenha mais qualidade"

"Acabar com a lei em que o agente tem que morar na micro-área"

Em segundo lugar aparecem sugestões relacionadas com a expansão do Programa, com aumento do número de equipes, com a transformação das equipes PACS em equipes completas de PSF, entre outras.

"Que o Programa cresça e possa abrir novas unidades de saúde para que venha a crescer o número de agentes"

"Que todas as equipes sejam completas, que não faltem medicamentos e que tenha mais especialidades na área da saúde"

"Fortalecer o PSF através de novas equipes qualificadas no trabalho e no atendimento à comunidade"

"Contratação de funcionários para que os agentes não desviem de suas funções. O agente deve ficar somente na rua"

"Colocar mais equipes nas unidades"

"Cada UBS deveria ter seu templo próprio, pois o dinheiro dos aluguéis poderia ser investido em melhorias para a comunidade"

"Mandar mais médicos com ideais PSF para as unidades, um olhar atento para nós que somos excluídos profissionalmente"

"Que todas as equipes PACS possam ser PSF"

Finalmente, em terceiro lugar, aparecem as sugestões relacionadas com as dificuldades apontadas em relação à marcação de consultas, de exames, ao encaminhamento para especialistas e hospitais.

"Ter mais especialistas nas UBS"

"Dentista, salas com ultra-som e raio x, equipe especializada com oftalmologista"

"Ter um posto de qualidade com médicos especialistas (pediatra, ginecologista, dentista)"

"Contratar mais especialistas e ser mais bem distribuídos de acordo com as necessidades"

"Contratação de médicos especialistas para as equipes"

"Que cada unidade tenha médicos qualificados, equipe completa com ambulância para primeiro socorros"

"Que contrate especialistas e que possamos medicar todos os pacientes, sem exceção de remédios, preparar os agentes para serem um só em todos os sentidos"

"Mais especialidades e agilidade na marcação e resultados de exames, mais respeito pelo ser humano por parte de alguns profissionais"

Os planos individuais e profissionais dos agentes comunitários para o futuro

A **primeira expectativa** quanto ao futuro profissional do Agente Comunitário de Saúde é a continuidade dos estudos, seja concluindo o Ensino Médio, realizando um curso técnico ou ainda, cursando uma faculdade.

A grande maioria dos agentes informantes que desejam a continuidade dos estudos aponta a conclusão de um curso de nível superior como expectativa. Assim, *"Fazer uma faculdade"* foi uma resposta que ocorreu na maioria das vezes.

Quanto aos cursos de graduação que foram mencionados, a distribuição, por ordem de frequência, foi a seguinte: Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Administração, Fisioterapia, Pedagogia, Turismo e Terapia Ocupacional.

Conforme se observa, os Agentes Comunitários de Saúde que desejam realizar um curso superior em sua maioria apontam a Enfermagem como principal escolha. É interessante apontar que em algumas respostas, além de concluir a graduação, os Agentes almejam continuar no PSF, exercendo sua nova função:

"Fazer faculdade e atuar na área, de preferência no PSF"

"Fazer Enfermagem e ser Enfermeira do PSF"

Em relação à realização de cursos técnicos, significativo contingente dos agentes apontaram o desejo de realizar ou concluir, principalmente, o curso de Auxiliar de Enfermagem, o curso de Técnico de Enfermagem e alguns, o curso de auxiliar de laboratório. Aqui também, os Agentes manifestam o desejo de continuidade no PSF exercendo a nova função o que, em alguns casos era visto como ascensão profissional:

"Concluir o curso de auxiliar e ser promovida nessa função no PSF"

"Fazer auxiliar de enfermagem e continuar no PSF"

Para os agentes que não concluíram o Ensino Fundamental ou o Ensino Médio, foi apontada a expectativa de concluir esse nível de ensino.

Outra categoria de respostas muito freqüentes foi a necessidade de aperfeiçoar-se, de aprimorar seu trabalho de Agente Comunitário de Saúde.

"Que eu possa ter mais conhecimentos para atender melhor o povo"

"Fazer cursos que me qualifiquem ainda mais na área da saúde para saber tratar os idosos com mais sabedoria"

A necessidade de ações que resultem na qualificação profissional dos Agentes foi apontada em um número significativo de respostas.

"Fazer um curso de qualificação profissional que valorize ainda mais os agentes"

"Cursos profissionalizantes para o agente desempenhar melhor"

"Ser mais capacitado para exercer a minha profissão com a seriedade e qualidade que ela merece"

"Fazer curso de capacitação e cursos da área de saúde"

Outra categoria de planos para o futuro profissional dos Agentes Comunitários de Saúde prende-se a continuar ajudando a comunidade no seu crescimento e contribuir com o crescimento do PSF.

"Estudar e me aprimorar em ajudar a população e que nossos governantes invistam mais no PSF, para que a população tenha igualdade de vida".

"Que o programa continue por ser importante para população carente"

"Os meus planos são crescer na unidade saúde da família com minha equipe, a fim de melhorar o meu trabalho".

"Continuar como ACS e divulgar aquilo para que fui capacitada"

Finalmente, outros planos para o futuro profissional incluem:

O reconhecimento profissional dos Agentes Comunitários de Saúde;

A mudança de vida e de profissão; ***não quero morrer agente comunitário de saúde;***

A saída do PSF;

A luta por melhores condições de trabalho e salário.