

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde como doação, abnegação e criação de vínculo: subjetividades produzidas

El trabajo del Agente de Salud Comunitario como donación, desinterés y vinculación: subjetividades producidas

The Work of the Community Health Agent as Donation, Abnegation and Bonding: Subjectivities Produced

Vivian Carlla Brilhante Chaves¹, Olga Maria de Alencar², Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho³, Kilma Wanderley Lopes Gomes⁴, Maria Rocineide Ferreira da Silva⁵

Resumo

O estudo objetiva identificar a percepção do significado do papel do agente comunitário de saúde na visão dos próprios agentes e dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Realizou-se pesquisa descritiva qualitativa, no município de Quixeré, Ceará - Brasil. Participaram desse estudo nove agentes de saúde e nove profissionais das equipes (três médicos, três enfermeiros e três odontólogos). Para a coleta de dados foi utilizada a técnica grupo focal e teve como método de análise o discurso o sujeito coletivo. Os resultados demonstraram discursos baseados no papel do agente

¹Vivian Carlla Brilhante Chaves - Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Quixeré – Ceará. Quixeré-CE-Brasil. E-mail: vivianchaves@hotmail.com. ORCID: 0000-0002-5845-4545

²Olga Maria de Alencar - Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) – UECE. Fortaleza-CE-Brasil. E-mail: olgaalencar17@gmail.com. ORCID: 0000-0003-2477-7503

³Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho - Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde pela UECE. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) – UECE. Fortaleza-CE-Brasil. E-mail: mirna.neyara@bol.com.br. ORCID: 0000-0002-5853-6532

⁴Kilma Wanderley Lopes Gomes - Médica. Doutora em Saúde Coletiva pela associação ampla Universidade Federal do Ceará / Universidade Estadual do Ceará / Universidade de Fortaleza (UFC/UECE/UNIFOR). Médica da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza. Fortaleza-CE-Brasil. E-mail: killopes@gmail.com. ORCID: 0000-0003-0238-5226

⁵Maria Rocineide Ferreira da Silva - Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela associação ampla UFC/UECE/UNIFOR. Docente da UECE. Fortaleza-CE-Brasil. E-mail: rocineideferreira@gmail.com. ORCID: 0000-0002-6086-6901

comunitário com o significado de doação, abnegação e vínculo. A construção de vínculos aparece nas dimensões da comunidade e da equipe de saúde, com satisfação e também com sofrimento, uma vez que o agente não se considera preparado para a escuta qualificada das demandas, demonstrando lacunas existentes em sua formação e a necessidade de interprofissionalidade. O vínculo foi fortemente enaltecido, sendo esse um princípio inerente ao trabalho do agente, que, para além da empatia com os usuários, necessitam de uma formação que balize o seu processo de trabalho, trazendo respostas concretas que os subsidiem em suas condutas junto à comunidade, ressignificando o papel da categoria e valorizando suas práticas. Apesar da produção científica relevante no país em relação a essa temática, esses sentidos merecem uma investigação mais aprofundada, como forma de legitimar práticas e reconhecer seu papel na comunidade e nos serviços de saúde.

Palavras-chave:

Agente comunitário de saúde; Trabalho; Pessoal de saúde.

Resumen

El estudio tiene como objetivo identificar la percepción del significado del rol del agente comunitario de salud en la mirada de los agentes y profesionales de la Estrategia Salud de la Familia. Se realizó una investigación descriptiva cualitativa en el municipio de Quixeré, Ceará - Brasil. En este estudio participaron nueve agentes de salud y nueve profesionales del equipo (tres médicos, tres enfermeras y tres dentistas). Para la recolección de datos se utilizó la técnica de grupos focales y el sujeto colectivo como método de análisis. Los resultados mostraron discursos basados en el rol del agente comunitario con el significado de donación, abnegación y vinculación. La construcción de vínculos aparece en las dimensiones de la comunidad y del equipo de salud, con satisfacción y también con sufrimiento, ya que el agente no se considera preparado para la escucha calificada de las demandas, demostrando vacíos en su formación y la necesidad de interprofesionalidad. El vínculo fue muy elogiado, siendo este un principio inherente al trabajo del agente, quien además de la empatía con los usuarios, necesita una formación que oriente su proceso de trabajo, aportando respuestas concretas que los apoyen en su conducta con la comunidad. un nuevo significado al papel de la categoría y la valoración de sus prácticas. A pesar de la relevante producción científica en el país en relación a este tema, estos significados merecen una mayor investigación, como una forma de legitimar las prácticas y reconocer su rol en la comunidad y en los servicios de salud.

Palabras clave:

Agente comunitario de salud; Trabajo; Personal sanitario.

Abstract

The study aims to identify the perception of the meaning of the role of the community health agent in the view of the agents and professionals of the Family Health Strategy. Qualitative descriptive research was carried out in the municipality of Quixeré, Ceará - Brazil. Nine health agents and nine team professionals participated in this study (three doctors, three nurses and three dentists). For data collection, the focus group technique was used and the collective subject was used as the method of analysis. The results showed speeches based on the role of the community agent with the meaning of donation, abnegation and bonding. The construction of bonds appears in the dimensions of the community and the health team, with satisfaction and also with suffering, since the agent does not consider himself prepared for the qualified listening of the demands, demonstrating gaps in his training and the need for interprofessionality. The bond was highly praised, this being a principle inherent in the work of the agent, who, in addition to empathy with users, need training that guides their work process, bringing concrete answers that support them in their conduct with the community. , giving a new meaning to the role of the category and valuing its practices. Despite the relevant scientific production in the country in relation to this theme, these meanings deserve further investigation, as a way of legitimizing practices and recognizing their role in the community and in health services.

Keywords:

Community health agent; Work; Health personnel.

Introdução

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) emerge como trabalho voluntário nos anos de 1970 vinculados a instituições religiosas, como a pastoral da criança e da saúde, que tinham como foco atividades de grupos de educação em saúde voltadas à mulher, em especial às gestantes e crianças menores de cinco anos⁽¹⁾.

Portanto, a construção social desse profissional se faz por meio do reconhecimento de solidariedade e abnegação, reforçando o pensamento de um trabalhador “genérico” que se pauta muito mais pelo assistencialismo caritativo.

No âmbito do Estado, a profissão do ACS nasce como programa governamental de caráter emergencial para o atendimento às vítimas da seca, num período de crise econômica e êxodo rural. Para desenvolver o trabalho de agente de saúde eram selecionadas mulheres pobres, de baixa escolaridade e responsáveis pelo sustento da casa, que tivessem bom relacionamento com seus vizinhos⁽²⁾.

Portanto, o trabalho nasce com forte participação das mulheres como mecanismo de subalternização no mundo do trabalho, uma vez

naturalizada na estrutura social que o trabalho de cuidado se restringe às mulheres. A escolha de mulheres para desempenhar o papel de ACS está associada aos valores patriarcais, em que cabe a mulher o trabalho por vocação⁽³⁾, e de menor valor social.

São as mulheres que devem então tentar conjugar as demandas de um ambiente profissional competitivo e instável com as extenuantes tarefas reprodutivas, dotadas de uma temporalidade própria e muitas vezes incompatível com aquela exigida pelos melhores postos do mercado de trabalho, nos quais estão inseridas em piores condições em relação aos homens⁽⁴⁾.

No estudo de Rocha, Barletto e Bevilacqua⁽⁵⁾, o trabalho do ACS aparece associado ao ato de cuidar e zelar para o bem estar das famílias que ela assiste, colaborando com o processo histórico de desvalorização das profissões ditas femininas e de divisão sexual do trabalho, em que não cabe às mulheres trabalho que se assemelhe a esfera privada.

Corroborando com essas afirmativas, Durão e Menezes⁽⁶⁾ ressaltam que a institucionalização do trabalho das ACS recorreu-se da realização de atividades pelas mulheres no espaço doméstico disseminando a política do Estado, com a contratação delas, no bojo da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo o paradoxo de sua participação nas políticas públicas, porém, com mão-de-obra barata, assegurando condições mínimas das atividades para a população mais carente.

Nessa perspectiva o trabalho do ACS é atravessado, desde seu nascedouro, por um jogo político que o desqualifica não por ser na sua maioria constituído por mulheres, mas por se tratar de uma profissão ligada ao feminino, e essa dife-

renciação é acarretada pela desigualdade de gênero, que perpassa toda história da construção das profissões.

No campo da saúde percebemos que o aspecto simbólico do trabalho do ACS está posto nas ações de cuidado ligado a extensão do espaço privado (sua casa) ao cuidado no espaço público (sua microárea). No que tange ao aspecto normativo o trabalho do ACS estaria na definição de uma profissão ligada ao cuidado à saúde organizada mediante procedimentos e conhecimentos definidos pelo modelo biomédico, por meio de boas práticas e padrões de dedicação ao trabalho.

Dado o reconhecimento da relevância social do trabalho desenvolvido pelas mulheres, bem como a redução dos indicadores de mortalidade infantil, em 1988 o programa, ora denominado bolsão da seca, o governo decidiu institucionalizar o agente de saúde por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)^(7,8,9), tornando-o um trabalhador exclusivo do SUS com atribuições e competências definidas mediante legislação específica⁽¹⁰⁾.

Diversos estudos apontam que a criação do PACS foi pensada a partir do modelo neoliberal de Estado mínimo, tendo como fulcro o modelo de APS para atender a populações mais pobres e que morassem em comunidades de difícil acesso^(11,12) e que são vulneráveis ao processo eleitoral municipal, apresentando conflitos entre o desempenho da função e as necessidades 'eleitoreiras' impostas pela gestão municipal, como também às forças políticas conservadoras que respondem aos interesses privatistas e medicalizantes no SUS, aos ajustes fiscais e ao avanço do neoliberalismo, por fazerem parte de uma categoria profissional que existe somente no âmbito de uma política social⁽¹²⁾.

Nessa perspectiva, na prática, os ACS tornam-se servidores públicos do Estado com prerrogativas e status semelhantes aos funcionários públicos, sem, no entanto, gozar dos mesmos direitos trabalhistas do servidor, começando por sua inserção no SUS que se dá de forma precarizada e sem estabelecimento de piso salarial e ainda, com baixa remuneração⁽¹³⁾.

Outrossim, a inserção do ACS no serviço público acontece de forma intensa, sobretudo no que tange à linha tênue que o separa entre “Ser” agente comunitário de saúde, morador e usuário do serviço pelo qual trabalha⁽¹⁴⁾.

Suas atribuições, orientadas pelos documentos normativos, enfatizavam o caráter educativo, com atividades de orientação e acompanhamento das famílias e comunidades sob sua responsabilidade adscrita, além da mobilização social, articulação intersetorial e produção de informação, e na realização de atividades de ordem mais burocráticas e fragmentadas, como o cadastramento e a atualização de todas as pessoas de sua microárea, em que se percebe transição de papéis e, conseqüentemente, do sentido do trabalho⁽¹⁵⁾.

Nesse sentido a prática cotidiana do ACS constitui-se de uma rede complexa de relações entre usuários e equipe atravessada de poderes e implicações, de maneira que há um compartilhamento da gestão do cuidado e reconhecimento da potência desse trabalhador, mas há também momentos de conflito quando a equipe desvaloriza seu saber, restringindo sua participação no planejamento dos projetos terapêuticos e na tomada de decisão.

Em busca da multiplicidade de fazeres do ACS, o estudo teve como objetivo identificar o significado do papel do agente comunitário de saúde, segundo o próprio agente e os profissionais

da Estratégia Saúde da Família. Para tanto, esse artigo é um recorte da dissertação de mestrado intitulada “O processo de trabalho do agente comunitário de saúde: resignificando seu papel”.

Método

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, realizada em 2016 com usuários, gestores e profissionais da ESF, incluindo os próprios ACS.

O estudo foi realizado no município de Quixeré, no Baixo Jaguaribe, a 212 km de Fortaleza, com uma população estimada em 2019 de 22.149 habitantes, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽¹⁶⁾, município integrante da 10ª regional de saúde do estado da qual fazem parte os municípios de Alto Santo, Ererê, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixerê, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte⁽¹⁷⁾.

Com relação à rede de atenção à saúde, Quixeré possui, de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), sete postos de saúde, um hospital municipal, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – nível I e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)⁽¹⁸⁾, serviços estes coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) está implantado em Quixeré desde 1991 e cobre 100% do município, sendo que estes agentes constituem junto a sua equipe uma área adstrita de ação da ESE.

Participaram desse estudo nove ACS e nove profissionais das equipes da ESF de Quixeré (três médicos, três enfermeiros e três odontólogos). Para a coleta de dados realizamos dois (2)

grupo focais, distribuído da seguinte forma: um grupo focal com nove agentes comunitários de saúde e um grupo focal com oito profissionais da ESF (três médicos, dois enfermeiros e três odontólogos).

Após a coleta o material foi transcrito e analisado com base no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) seguindo os passos proposto por Lefèvre e Lefèvre⁽¹⁹⁾ com a utilização dos Instrumentos de Análise de Discurso (IAD), em que são identificadas as expressões-chaves (transcrições literais do discurso), as ideias centrais (descrição do sentido de um depoimento) e posteriormente construídos os discursos (discurso-síntese redigido em primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chaves que tem a mesma ideia central ou ancoragem). Não utilizamos as ancoragens (manifestação de uma teoria, ideologia ou crença).

A pesquisa seguiu as normativas estabelecidas pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde⁽²⁰⁾, sendo aprovado conforme número de parecer 1.430.326 do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Todos os participantes foram devidamente esclarecidos sobre o estudo e sobre sua participação ser livre e com garantia de não causar nenhum prejuízo, bem como afiançado seu direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento.

Resultados e discussão

O trabalho é definido como produtor de valor de uso, potencialmente capaz de suprir necessidades sociais, mas também de suprir necessidades individuais, seja de sobrevivência, de realização pessoal, além de corresponder aos objetivos

da instituição, ressaltando que haverá sempre um conflito entre satisfazer as necessidades sociais e garantir a sobrevivência da instituição e o interesse dos agentes⁽²¹⁾.

No que se refere ao ACS, emerge no DSC o sentido da doação, abnegação e construção de vínculos, semelhante ao resultado do estudo de Peres et al.⁽²²⁾, que evidenciou o “ser agente comunitário” como um dos motivos a vocação e a oportunidade de poder ajudar as famílias.

“Tem que se doar, amar a profissão, o que fazemos o dinheiro não paga, tem que estar disposto a toda hora, aquele que não se doa, não é um bom agente comunitário de saúde, não consegue ter a empatia e a própria comunidade rejeita. Pela minha visão é saber amar, gostar do outro, se preocupar com o outro, gostar do que vai fazer, tem que querer, ter certeza” (DSC 1 – ACS).

Estudo realizado por Broch et al⁽²³⁾ que objetivou conhecer as experiências de prazer e sofrimento dos ACS, destacou que eles se sentem úteis e que esse ‘sentir-se útil’ é o reconhecimento simbólico que o trabalhador almeja nas relações com os usuários, originando as vivências de prazer constituintes do sentido do trabalho. Eles se sentem tão necessários ao ponto de não considerar sua valorização profissional.

No discurso do ACS a doação aparece mais relevante que a própria remuneração, em que este diz “o dinheiro não paga” aproximando a atividade do agente a um sacrifício, inerente às atividades religiosas, todavia essa abordagem demonstra uma deficiência na formação do ACS, pela forma como esse discurso hegemônico vem sendo assumido por ele próprio, além da necessidade de rever seu processo de trabalho.

A concepção de trabalho em saúde proposta por Campos⁽²¹⁾ pressupõe uma atividade que proporcione ao trabalhador sua sobrevivência através do recebimento de um valor financeiro, mas também que lhe produza satisfação pessoal.

O próprio Ministério da Saúde estabeleceu, durante muitos anos que o ACS, além das habilidades de ler e escrever, espírito de liderança e solidariedade, idade mínima de 18 anos e disponibilidade de trabalho em tempo integral, residindo na comunidade onde atua⁽²⁴⁾.

Essas características fazem do ACS um profissional com características peculiares, diferente dos demais que atuam na APS, por esse vínculo tão forte existente entre ele e a comunidade. Nesse direcionamento, Broch et al.⁽²³⁾ ressaltam que o sentido do seu trabalho está fortemente ligado à escuta/atendimento das necessidades das pessoas, em que se estabelecem relações de confiança com a comunidade.

Essa perspectiva de abnegação é também encontrada nos discursos dos médicos, enfermeiros e odontólogos, conforme demonstramos a seguir:

“Elas precisam gostar do que fazem, não é só o financeiro, tem que ter empenho porque elas, as ACS, estão lá todo dia, toda hora” (DSC 2 – Profissional).

[...] - A agente de saúde é muito boazinha vem deixar aqui tudo que eu peço, essa visão de boazinha tem que sair, às vezes tem uma intimidade tão grande que extrapola, uma coisa é você ter vínculo, outra coisa é você ter comprometimento, outra coisa é aquele agente de saúde ter aquele cuidar com aquela família, mas outra

coisa é o agente de saúde estar pegando receita de uma pessoa que pode se locomover tranquilamente até o posto de saúde” (DSC 3 – Profissional).

Os DSC referentes aos profissionais retratam a feminilidade da profissão do ACS e sua disponibilidade para a comunidade, a todo o momento, abnegando até mesmo de suas próprias vidas. Durão e Menezes^(6:359), ressaltam que no Ceará, quando se recrutaram as mulheres no início da política estatal, “os critérios de seleção se resumiam a ser pobre, dona de casa, sem marido e, principalmente, ter reconhecimento da comunidade a que pertencia”, de forma que essas mulheres se tornassem parte do cotidiano da população.

Assim a mulher ACS, em razão do seu papel de cuidadora, socialmente construído como atributo feminino, era usada para disseminar a política, ampliando o cenário de cuidado de sua casa para as microáreas⁽⁶⁾.

Riquinho et al.⁽²⁵⁾, em pesquisa que investigou o cotidiano de trabalho dos ACS, trouxe que as ações desses profissionais qualificam e aproximam os serviços de saúde e a população, em que uma das agentes entrevistadas destacou que ‘o agente deve estar sempre lá, tem que ser pau pra toda obra’.

A figura da mulher acessível, benevolente, simpática, ainda é fortemente retratada no imaginário social, muitas vezes até desconsiderando o saber dessas profissionais. Ao longo dos anos, o caráter *sui generis* atribuído ao ACS trouxe uma tendência natural para esse profissional atender a algumas demandas da comunidade, sustentado em atributos subjetivos relacionados em especial a sua origem comunitária, no sentido de se importar com esses problemas e querer buscar soluções para estes⁽²⁴⁾.

O vínculo é fortemente destacado nos DSC, sendo que a criação desse vínculo produz no usuário o reconhecimento do ACS como um trabalhador produtor de valor que lhe é necessário, na perspectiva que este se empenha em resolver seus problemas, levando a valorização e o reconhecimento, pelo usuário, deste profissional e conseqüentemente sua satisfação pessoal.

Nesse sentido, no campo da APS, *locus* de prática do ACS, em que há uma centralidade procedimental, cada vez mais é exigido desse trabalhador experimentação do trabalho a partir do uso das tecnologias leves⁽²⁶⁾ como a criação do vínculo, por meio da escuta e da empatia que promova a corresponsabilização, o compromisso do trabalhador em empenhar-se para auxiliar o usuário em suas demandas.

Investir no uso de tecnologias leves (vínculo, empatia e escuta qualificada) como orientadoras do trabalho do ACS contribui no sentido de superar a visão altruísta de doação e aproximar-se da concepção de trabalho de Campos⁽²¹⁾, em que a satisfação do trabalhador, as necessidades da população e os objetivos da instituição são a tríade do processo de trabalho.

A construção de vínculos surge nos DSC em duas dimensões: o vínculo com a comunidade e o vínculo com a equipe. O vínculo com a comunidade causa satisfação, mas também sofrimento, uma vez que o ACS não se considera preparado para a escuta qualificada das demandas e confunde o espaço profissional com o privado, pois ao residir e integrar o território considera como sua função estar sempre disponível para população. Os profissionais consideram que existem questões diversas que podem prejudicar a atuação do ACS.

“No vínculo vai entrar também questões culturais daquela localidade, questões políticas da cidade, então tudo isso, faz com que atrapalhe um pouco, mas tem que ser modificada essa visão de caridade, de que a agente faz de tudo para o usuário, porque é uma intimidade tão grande que extrapola, uma coisa é você ter vínculo, outra coisa é você ter comprometimento, outra coisa é o cuidar com a família, mas outra coisa é o agente de saúde estar pegando receita de uma pessoa que pode se locomover tranquilamente até o posto de saúde” (DSC 4 – Profissional).

“A vantagem nossa hoje é que os problemas não ficam só com o ACS, o que nos sustenta é o apoio que a equipe nos dá, quando nós temos profissionais que realmente fazem PSE, quando nós temos um médico que faz PSE, quando o nosso enfermeiro é PSE; o apoio que a colega de profissão nos dá, é o que as minhas colegas agentes comunitárias de saúde, que entendem o meu sofrimento, que entendem a minha demanda e apoiam” (DSC 5 – ACS).

Franco e Merhy⁽²⁶⁾ ressaltam a importância do trabalhador da saúde ser capacitado e ter o domínio das tecnologias relacionais, pois é no encontro entre duas pessoas que o trabalho vivo em ato ocorre, onde são firmados ou não os compromissos e as corresponsabilizações.

No caso do trabalho do ACS, este deve operar com foco no uso das tecnologias relacionais, com vista ao aumento da potência de sua ação, que é construída ao longo de seu percurso profissional⁽²⁷⁾.

Dentro do território ao construir o vínculo com a comunidade o ACS desenvolve estratégias que refletem relações de poder no contato com a população, seja diante da escassez nas

condições de vida da população e precariedade dos serviços de saúde, quando o ACS faz uso de ações assistencialistas, como favores e facilidades de acesso, seja utilizando sua capacidade criativa, colocando-se no lugar do outro e incentivando o protagonismo dos sujeitos.

O DSC dos profissionais é fortemente influenciado por essa questão, da ausência de responsabilidade que o ACS permite ao usuário, quando faz àquilo que é um dever seu no sentido da coparticipação.

Andrade e Cardoso⁽²⁸⁾, em estudo que destacou a finalidade das visitas do ACS na percepção dos profissionais, abordou que os próprios agentes ressaltam como dificuldades as exigências que lhes são feitas para que estes desempenhem funções que não fazem parte de suas atribuições, reforçando a dificuldade do agente de construir sua identidade profissional.

Assim, o ACS poderia realizar esse trabalho de entrega de guias de encaminhamentos, receitas, medicamentos e até a realização de agendamentos de consultas, em casos excepcionais, de dificuldades dos usuários, porém, a produção da autonomia dos usuários também é concebida como um sinal de saúde, e se o agente de saúde assumir essas funções estará reproduzindo um modelo assistencialista/tutelar, desencadeando nos usuários uma postura passiva⁽²⁸⁾, ao contrário inclusive do que se é preconizado na promoção da saúde, que é a emancipação dos sujeitos para o fortalecimento de sua autonomia.

Essas prerrogativas estão imbricadas no aspecto da formação, e, no que se refere ao ACS, sua profissionalização vem sendo instituída por meio dos diversos dispositivos de legislação, no entanto, no que se refere à formação, apesar dos diversos cursos instituídos no país ao longo dos anos, retrocessos precisam ser destacados.

A formação do ACS foi marcada por avanços ao longo dos últimos anos que não se concretizaram, pois sua preparação para o trabalho, inicialmente sem parâmetros definidos, que incluiu o curso introdutório em serviço com a participação de enfermeiros e ACS com mais tempo de atuação, além de outras capacitações breves e intermitentes como alternativa às demandas de suas necessidades junto à comunidade, tornou-se um problema por não ter se convergido numa real profissionalização, tão pouco numa formação consistente⁽¹⁵⁾.

Tais argumentos se elucidam no DSC dos ACS:

“Eu não sabia nada, não tive preparação de nada, só me jogaram. Eu acho que quem vai entrar não tem uma bula de remédio, é uma questão de adaptação, driblando dificuldades, porque quando a gente senta para ouvir a demanda, o sofrimento, a doença do outro, a gente sofre por ter empatia, e ninguém prepara a gente para isso” (DSC 6 – ACS).

Reis e Borges⁽²⁴⁾ entendem que os processos de ensino-aprendizagem que concebem o trabalho como princípio educativo, sem que haja distanciamento dos princípios científicos que são conhecimento/patrimônio da humanidade e das questões políticas que relacionam à defesa da saúde como direito à cidadania, destacando que não existem formações de curto prazo que deem conta da complexidade do trabalho em saúde.

Quando se trata do trabalho do ACS, as dificuldades e limites que são impostas no seu campo de atuação não podem ser desconsideradas, por se depararem com um universo de situações imprevisíveis e complexas que não possuem respostas prontas ou imediatas, nem alternati-

vas simples, e sua ação será de um ordenamento híbrido, multifatorial e singular, em que se pese que há uma dinâmica e uma interação que precisam ser consideradas nas formações, destacando os processos de trabalho, o trabalho em equipe e em rede, porém, essas formações, com enfoque ainda pautadas no biologicismo, não dão conta das funções estratégicas que o ACS possui^(29,30).

O DSC do ACS inclusive ressalta que eles não se sentem preparados para o sofrimento do outro, sofrimento este que ele encontra em seu cotidiano, e que se faz necessário para além da formação, o apoio dos demais profissionais, o que também é enaltecido nos DSC.

O DSC 6, inclusive, traz outra dimensão importante desse cenário, que é a do trabalho interprofissional, que deve ser um espaço de atuação compartilhada, para além do campo das competências de cada membro, o que possibilita troca de apoio, partilha de saberes e a construção das relações interpessoais, considerada um desafio na APS⁽²⁵⁾.

Para tanto, esses fatores são imprescindíveis no contexto da APS, para que essa visão do trabalho como doação e abnegação seja modificada, ganhando novos sentidos, de um trabalho coletivo, resolutivo, pautado em conhecimento e acima de tudo, reconhecido.

Considerações finais

Identificamos uma multiplicidade de significados e sentidos produzidos pelos sujeitos quanto ao papel do ACS, sendo fortemente referenciadas suas atitudes de abnegação, doação e ponte entre a comunidade e os serviços de saúde.

Para os sujeitos da pesquisa o papel do ACS é mediar os interesses e as necessidades da população junto à equipe, doando-se, estando sempre disponível, o que fortalece seu vínculo com a comunidade e causa satisfação, todavia, ao não limitar o espaço público e o privado de sua vida é sobrecarregado com os problemas da comunidade, o que proporciona desgaste, bem como o não reconhecimento de seu trabalho.

Os discursos do ACS retratam que apesar das desigualdades no campo da profissão associadas à condição de inferiorização, o apoio da equipe ao desenvolvimento de seu trabalho se configura como uma potencialidade.

O vínculo foi fortemente enaltecido nos discursos, sendo esse um princípio inerente ao trabalho do ACS, que, para além da personalidade e empatia com os usuários, necessitam de uma formação que seja capaz de embasar o seu processo de trabalho, trazendo, se não todas, mas algumas respostas concretas que os subsidiem em suas condutas junto à comunidade, ressignificando o papel da categoria e valorizando suas práticas inclusive, diante dos demais profissionais da ESF.

Apesar da produção científica relevante no país com relação ao processo de trabalho do ACS, esses sentidos necessitam de outras investigações com esse enfoque, até mesmo como uma forma de legitimação de suas práticas e valorização do seu papel junto à comunidade. Observa-se a necessidade de reconhecimento por parte do Estado do valor que este trabalho contém e ao mesmo tempo os desafios para constituir indicadores para avaliação real.

Referências

1. Monteiro MAGS, Previtali FS. A política de formação profissional dos agentes comunitários de saúde: Limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos. *Revista Labor* [Internet] 2011; 1(5): 93-115. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/labor/article/view/6641> [consulta: 21 mar 2020].
2. Veloso C. Notas históricas sobre o Programa Saúde de Família em Minas Gerais. *Rev Med. Minas Gerais* [Internet] 2004; 14(1): 66-73. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1523> [consulta: 12 jan 2017].
3. Barbosa RHS, Menezes CAF, David HMSL, Bornstein VJ. Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet] 2012; 16(42): 751-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6FVZggsJ3RwdKSCX5KfyLct/?format=pdf&lang=pt> [consulta: 05 feb 2017].
4. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Economia dos cuidados: marco teórico-conceitual. Relatório de pesquisa. [Internet]. 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/20161107_relatorio_economiadoscuidados.pdf [consulta: 30 mar 2020].
5. Rocha NHN, Barletto M, Bevilacqua PD. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. *Interface (Botucatu)* [Internet] 2013; 17(47): 847-57. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YK7xpcRnqJvtD394mq7dN-8d/?format=pdf&lang=pt> [consulta: 10 feb 2017].
6. Durão AVR, Menezes CAF. Na esteira de E. P. Thompson: relações sociais de gênero e o fazer-se agente comunitária de saúde no município do Rio de Janeiro. *Trab. Educ. Saúde* [Internet] 2016; 14(2): 355-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/nbJBBcTkQMqL4LRbMhPxqfR/?lang=pt&format=pdf> [consulta: 28 mar 2020].
7. Labor ACH, Labor MC, Labor IC. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. *SANARE* [Internet] 2004; 5(1): 121-8. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/130> [consulta: 19 dic 2016].
8. Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet] 2011; 16(1): 349-60. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pzvr3xN-FKnKLjnnVmVLSfKB/?lang=pt&format=pdf> [consulta: 30 nov 2016].
9. Ávila MMM. Origem e evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. *Rev. Bras. Promoç. Saúde* [Internet] 2011; 24(2): 159-68. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2067/> [consulta: 30 nov 2016].
10. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc. Saúde*

- Coletiva [Internet] 2008; 13(1): 259-68. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7yTLgHz5jpbHGpbWPLCVMD-Q/?lang=en&format=pdf> [consulta: 21 jan 2017].
11. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community health workers in low, middle and high income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annu. Rev. Public Health* [Internet] 2014; 35:399-421. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-032013-182354> [consulta: 10 feb 2017].
 12. Nogueira ML. Impactos do neoliberalismo na política de saúde: a precarização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e a política de Atenção Básica à Saúde no Brasil [Internet] 2018. Disponível em: <http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/2131/847> [consulta: 28 mar 2020].
 13. Nogueira RP, Silva FAB, Ramos ZV. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde [Internet]. 2000. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2371/1/TD_735.pdf [consulta: 20 jan 2017].
 14. Menegussi JM, Ogata MN, Rosalini MHP. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. *Trab. Educ. Saúde* [Internet] 2014; 12(1):87-106. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/y59XT3jg6xZMTR-NRDyr5Qzt/?lang=pt&format=pdf> [consulta: 28 jan 2017].
 15. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde Debate* [Internet] 2018; 42(n. esp. 1): 261-74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CtVJJm7MRgkGKjTRnSd-9mxG/?format=pdf&lang=pt> [consulta: 18 mar 2020].
 16. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/quixere/panorama> [consulta: 22 may 2020].
 17. Brasil. Secretaria da Saúde. Governo do Estado do Ceará. Coordenadorias Regionais de Saúde. [Internet]. 2018. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2018/07/03/coordenadorias-regionais/> [consulta: 22 may 2020].
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Serviços Especializados. [Internet]. 2020. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=23&VMun=231150 [consulta: 22 may 2020].
 19. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educus; 2003.
 20. Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasil. [Internet]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> [consulta: 10 jun 2017].
 21. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: HUCITEC; 2000.

22. Peres CRFB, Caldas Júnior AL, Silva RE, Marin MJS. Ser agente comunitário de saúde: motivação e significado. *Rev. Min. Enferm.* [Internet] 2010; 14(4): 559-65. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/151> [consulta: 10 nov 2016].
23. Brosh D, Souto LHD, Riquinho DL, Pai DD. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde. *Cienc Cuid Saude* [Internet] 2018; 17(2): 1-7. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/39287/751375137968> [consulta: 20 mar 2020].
24. Reis JRE, Borges CF. Contribuições históricas e políticas para a formação de agentes comunitários de saúde no Brasil. *Rev Contemporânea de Educ.* [Internet] 2016; 11(21):98-120. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/rce/article/view/2127/2771> [consulta: 12 may 2020].
25. Riquinho DL, Pellini TV, Ramos DT, Silveira MR, Santos VCF. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trab. Educ. Saúde* [Internet] 2018; 16(1): 163-82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/pSkqkS-zg9bG39YmZyMzdtwR/?lang=pt&format=pdf> [consulta: 12 may 2020].
26. Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013.
27. Galavote HS, Franco TB, Lima RCD, Belizário AM. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface (Botucatu)* [Internet] 2013; 17(46): 575-86. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bJVCJcGbrS5FnhVvjqj33qd/?lang=pt&format=pdf> [consulta: 12 jan 2017].
28. Andrade VMP, Cardoso CL. Visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde: concepções de profissionais e usuários. *Psico-USF* [Internet] 2017; 22(1): 87-98. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/pnL4dyd3Sn8KRmmGSQqLNx-F/?lang=pt&format=pdf> [consulta: 12 may 2020].
29. Secco AC, Rodrigues PM, Ledur CS, Zanatta E, Mozzaquatro CO, Arpini DM. Educação permanente em saúde para Agentes Comunitários: um projeto de promoção de saúde. *Gerais: Rev Interinstitucional de Psicologia* [Internet] 2020; 13(1): 1-17. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v13n1/09.pdf> [consulta: 13 may 2020].
30. Pedraza DF, Rocha ACD, Sales MC. O trabalho educativo do agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares em dois municípios do Brasil. *Trab. Educ. Saúde* [Internet] 2016; 14(supl. 1): 105-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/HTqSbWMfYzH3jf5MzNX5nNn/?lang=pt&format=pdf> [consulta: 14 mar 2020].

Recibido: 28.07.2021

Aceptado: 21.12.2021