

Agente comunitário de saúde: um mundo profissional em busca de consolidação

I¹ Carolina Maria do Carmo Alonso, ² Pascal Daniel Béguin, ³ Valérie Pueyo,

⁴ Francisco José de Castro Moura Duarte |

Resumo: A contribuição do trabalho dos ACS tem sido apontada como estratégica para superação do modelo biomédico de produção de saúde. No entanto, fragilidades na delimitação dessa profissão impõem contradições e impedimentos a esse trabalho, dificultando a construção do mundo profissional dos ACS. Este artigo tem como objetivo analisar as tarefas realizadas pelos ACS no intuito de revelar objeto, valores e ferramentas usadas por esses trabalhadores que ajudem na consolidação do seu mundo profissional. Trata-se de pesquisa qualitativa norteadas pelos princípios da Ergonomia da Atividade, que contou com análise documental, observações sistemáticas e entrevistas. Os resultados demonstraram que em virtude de distintas e inúmeras atividades executadas pelos ACS, o mundo profissional desses trabalhadores não está plenamente delineado. Contudo, acredita-se que o resultado, análise e discussão dos dados apurados nesta pesquisa são capazes de apontar elementos que servem para apoiar a consolidação do mundo profissional dos ACS.

► **Palavras-chave:** Ergonomia; Atenção Primária à Saúde; trabalho em equipe multiprofissional.

¹ Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (carolina.alonso@medicina.ufrj.br).
ORCID: 0000-0003-4928-4465

² Institut D'Etudes du Travail Lyon, Université Lumière Lyon 2. Lyon, França (pascal.daniel.beguin@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-2914-6113

³ Institut D'Etudes du Travail Lyon, Université Lumière Lyon 2. Lyon, França (valerie.pueyo@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-9626-0805

⁴ Programa de Engenharia de Produção COPPE, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (fjcmduarte@gmail.com).
ORCID: 0000-0001-9178-3458

Recebido em: 07/02/2020
Aprovado em: 17/11/2020
Revisado em: 29/03/2021

Introdução

Este artigo lança luz ao trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), cuja contribuição é apontada como estratégica para superação do modelo biomédico de produção de saúde, visto que suas atividades podem ser desenvolvidas a partir de uma vertente política e social (CORIOLANO, LIMA, 2010, SAKATA; MISHIMA, 2012; BINDA; BIANCO; SOUSA, 2013; ALONSO, 2017). Essa potência do trabalho dos ACS se deve ao fato de que não contam com um conjunto rígido de normas teóricas e técnicas guiando-os, se comparado com os saberes historicamente constituídos dos outros profissionais de saúde como médicos e enfermeiros (BARALHAS; PEREIRA, 2011).

Tomaz (2002) ressalta que não há clareza na definição do perfil desses profissionais e indica duas tendências: a primeira romantiza as atribuições dos ACS e negligencia as dificuldades e insuficiências de suas práticas; a segunda considera-os super-heróis, como se responsáveis pela consolidação das propostas do Sistema Único de Saúde (SUS) sem ponderar fatores técnicos, políticos, sociais também necessários para que isso ocorra.

Além disso, verifica-se na literatura uma diversidade de papéis para os quais a figura dos ACS é convocada como, por exemplo: educador, mediador, intérprete, apoiador das equipes de saúde da família, apoiadores de movimentos sociais da comunidade (ARRUDA et al., 2010; BARALHAS; PEREIRA, 2011; GALAVOTE et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2012). Ressalta-se que a característica principal do trabalho dos ACS – elo entre comunidade e serviço de saúde – confere uma dualidade nesse trabalho exigindo contínua transição entre dois universos. A falta de limites no trabalho dos ACS é, ao mesmo tempo, condição que facilita a incorporação de ações inovadoras no campo da saúde, mas que também os coloca numa encruzilhada entre as disposições normativas e a realidade do território e serviços. Nesse contexto, emergem questões relacionadas à elaboração da profissão, não apenas em sua identidade, mas também às formas de fazer e pensar, tendo em vista que a construção coletiva das atividades dos ACS ainda não está plenamente estruturada (ALONSO, 2017).

Assim, o trabalho dos ACS se situa na interface de lógicas diversas resultando em contradições e impedimentos na realização de suas atividades. Frente a isso, este artigo tem como objetivo analisar as tarefas realizadas pelos ACS no intuito de

revelar objeto, valores e ferramentas usadas por esses trabalhadores que ajudem na consolidação do seu mundo profissional.

O conceito de mundos profissionais

A necessidade de integrar diferentes pontos de vista em um projeto, assim como em uma dada situação de cuidado em saúde cria, segundo Béguin (2007), uma complexidade adicional ao processo de trabalho. Isso porque qualquer que seja o projeto a ser concebido, este não pode ser pensado a partir de uma justaposição de sistemas técnicos. Sempre será preciso integrar os diferentes olhares sobre o objeto de trabalho da equipe de forma coerente e coordenada (BÉGUIN, 2007; ALONSO, 2017).

Visando analisar essa integração de saberes numa situação de trabalho em equipe multiprofissional, Béguin (2007, 2010) introduz os conceitos de mundo profissional e mundo comum que encontram seus fundamentos em noções da sociologia do trabalho. Nesse campo, a definição de mundo é usada para designar entidades sociológicas, mais ou menos circunscritas como, por exemplo: mundo cívico, mundo de mercado.

Trabalhar é habitar um mundo e, a cada situação, um trabalhador engendra maneiras de pensar, de fazer, de viver mobilizando um sistema de coordenadas profissionais que permitem traçar caminhos próprios. Logo, são essas maneiras de compreender o trabalho a ser feito, esse sistema de coordenadas mobilizados pelos trabalhadores, que Béguin (2010) chama de mundos profissionais. Nesse enquadre, diante de uma mesma situação de trabalho uma diversidade de mundos profissionais é possível (BÉGUIN, 2010). Essa diversidade foi ilustrada por Bucciarelli (1994) que examinou o trabalho de projetistas e demonstrou que um objeto pode ser analisado de formas diferentes. Assim, um projetista representa um objeto como botão de parada de urgência enquanto o engenheiro identifica-o como botão de junção.

O termo *mundo profissional* é definido por Béguin (2007, 2010) como um conjunto de valores implícitos, conceituais e práticos, que formam um sistema com o objeto da ação. Com esse conceito, o autor estabelece uma categoria de análise da atividade que foca na relação entre o trabalhador e a situação de trabalho, tendo como fundamento a ideia de que o trabalhador é um ator, e não um espectador nessa relação. Consequentemente, o conceito mundo profissional caracteriza o pano

de fundo que orienta a interpretação da dimensão tangível da ação a qual permite ao trabalhador a construção de estratégias singulares para alcançar determinado objetivo (BÉGUIN, 2010).

Delinear um mundo profissional é organizar sistemas, ordenar determinada situação usando habilidades, competências e estratégias evitando ficar à margem dos eventos. Ser especialista é saber, mas é também construir um mundo profissional mais adaptado. Assim, a criação de um mundo comum se assenta na possibilidade de aprendizados mútuos e coordenação dos diferentes mundos profissionais (BÉGUIN, 2010). Entre os médicos nos consultórios e os ACS no território, há dois mundos diferentes, embora ambos trabalhem com o mesmo paciente. O referencial operativo comum que se constrói ou não se constrói entre o mundo dos médicos e dos ACS é, portanto, condicionado pela forma e pela natureza das relações e das articulações estabelecidas entre esses dois mundos. Essas articulações podem ser fecundas ou inexistentes, flexíveis e remodeladas na ação ou rígidas.

Esse espaço de interlocução entre diferentes mundos profissionais numa cartografia que situa as posições relativas e suas influências recíprocas é o que Béguin (2007, 2010) chama de mundo comum. Embora exista uma interdependência entre os conceitos desses dois mundos, este artigo foca suas análises no conceito de mundo profissional.

Trajectoria teórico-metodológica

Este estudo¹ se inscreve no campo da pesquisa qualitativa cujos procedimentos foram baseados em princípios da abordagem metodológica da Ergonomia da Atividade (EA) proposta por Guérin et al. (2001) e que se configurou nas seguintes etapas: a) Análise de demanda; b) Análise do ambiente organizacional, técnico, econômico e social; c) Análise das tarefas; d) Análise das atividades e situações de trabalho; e) Validação do estudo com os trabalhadores e formulação de recomendações para transformação do trabalho. O período de coleta de dados ocorreu entre janeiro de 2014 e abril de 2015 numa unidade de saúde localizada na zona norte do Rio de Janeiro, que contava com quatro equipes de Saúde da Família.

Neste artigo, serão apresentados os resultados relativos à fase de análise do processo técnico e das tarefas. Os sujeitos dessa fase do estudo foram, prioritariamente, ACS, havendo, contudo, a inclusão de outros atores do serviço, como informantes-chave.

Os dados apurados foram oriundos de documentos, entrevistas e observações. A seguir são detalhados os procedimentos de levantamento e análise desses dados.

Análise das prescrições do trabalho dos ACS

Essa análise teve o intuito de examinar o trabalho prescrito dos ACS e o ambiente técnico e social desse serviço. Nesse sentido, cabe tecer considerações sobre o conceito de trabalho prescrito adotado pela EA.

Para a EA o trabalho prescrito significa “a maneira como o trabalho deve ser executado: o modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, o tempo concedido para cada operação, os modos operatórios e as regras a respeitar” (DANIELLOU; LAVILLE; TEIGER, 1989, p. 1). As prescrições do trabalho são focos importantes para EA, visto que as intervenções que se baseiam nessa abordagem analisam a prescrição e as situações reais de trabalho, mormente a defasagem entre esses dois polos (BRITO et al., 2011; NOUROUDINE, 2011). Assim, uma das contribuições dessa disciplina é colocar em evidência que trabalhar não é apenas executar prescrições, porque a realidade se apresenta variável. Por outro lado, como a EA entende que as prescrições são referências para guiar o trabalho, sua análise permite identificar estratégias utilizadas pelos trabalhadores para contornar problemas e alcançar objetivos.

Para apreensão e análise do trabalho prescrito dos ACS, foram levantados nove documentos, publicados pelo MS, organizados em dois grupos. No primeiro, os documentos tratam do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) com informações sobre diretrizes operacionais, propostas de reorganização das práticas de trabalho das equipes, e mapeamento das atribuições dos ACS compartilhadas com os demais membros dessas equipes. O segundo grupo foi composto por documentos que tratam, exclusivamente, do trabalho dos ACS e a portaria que normatiza o exercício dessa profissão.

Análise das tarefas do ACS

Segundo Guérin et al. (2001 p.25), a tarefa é um conceito da EA que diz respeito a “um conjunto de objetivos dado aos operadores, e a um conjunto de prescrições definidas externamente para atingir esses objetivos particulares”. Cabe destacar, contudo, que além da tarefa explícita, oficialmente registrada nas prescrições e normas de uma dada situação de trabalho, há também uma tarefa esperada que abarca aquilo que se deseja que o trabalhador realize considerando eventos técnicos

e organizacionais. A tarefa esperada nem sempre está registrada em documentos formais. (FALZON, 2007).

Portanto, para análise da tarefa, é necessário construir uma investigação que além de documentos normativos explore registros informais e percepções de trabalhadores e gestores sobre os objetivos da produção. Com isso, espera-se compreender o jogo entre a tarefa explícita e a tarefa esperada que, por sua vez, permite “prescrever sem escrever” (FALZON, 2007 p. 9). Nessa direção, para apreender as tarefas dos ACS em suas diferentes dimensões, esta pesquisa lançou mão de um conjunto de procedimentos de coleta de dados, incluindo análise documental, entrevistas e observações. Na análise documental, além dos dados examinados no estudo das prescrições do trabalho do ACS, apresentado anteriormente, foram incluídos outros documentos, quais sejam: agenda padrão do serviço de oito ACS, carteira de serviços da APS no Rio de Janeiro, e documentos do município que norteiam o trabalho da ESF localmente.

As entrevistas foram realizadas com informantes-chave, a saber: enfermeiros das equipes de Saúde da Família, gestor do serviço e um ACS de cada equipe. Essas entrevistas foram do tipo semiestruturadas, guiadas por roteiros, gravadas e, posteriormente, transcritas para análise de conteúdo. O quadro 1 detalha os critérios de inclusão desses atores, objetivo da entrevista, número de entrevistas realizadas e tempo de empregado nessa ação.

Quadro 1. Características das entrevistas com informantes-chave

Entrevistado	Crítérios de inclusão	Objetivo	Tempo de registro
ACS – quatro; um por equipe	Equipes distintas; pelo menos um de cada equipe.	Averiguar as diferentes perspectivas de trabalho relacionadas às especificidades da equipe.	4h30
Gestor - um	Porque compete ao gestor organizar e avaliar o trabalho dos profissionais da unidade.	Verificar aspectos da organização geral do serviço que influenciam o trabalho dos ACS.	1h52
Enfermeiros: quatro – um por equipe	Porque cabe aos enfermeiros, junto a outros membros das equipes de saúde da família, “planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS” (BRASIL, 2012 p. 48).	Identificar aspectos da organização do trabalho dos ACS contemplando as singularidades de cada equipes.	6h13

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

Também foram realizadas observações dos trabalhadores no desenvolvimento das tarefas estabelecidas na agenda padrão dos ACS. O quadro 2 apresenta as tarefas acompanhadas, o tempo gasto nessa observação e os ACS acompanhados. Esses ACS estão descritos por números visando preservar a identidade desses profissionais.

Quadro 2. Observação das ações desenvolvidas pelos ACS

Tarefa	Sujeitos/equipes acompanhados	Tempo de observação
Acolhimento	ACS 1, 2, 3, 6	16h
Visitas domiciliares	ACS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	36h
Reunião de equipe	Equipes A e C	2h30
Reunião do colegiado da unidade	Todos os integrantes do serviço	3h
Atividade de promoção da saúde	ACS 6 e 7	1h30

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

Procedimentos éticos

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da UFRJ, obtendo aprovação sob o parecer número 42680415.5.0000.5257. Todos os procedimentos de coleta de dados ocorreram em caráter voluntário desses sujeitos e mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

O ponto de partida das análises foi o mapeamento das tarefas dos ACS visando identificar e categorizar as ações realizadas por esses profissionais. Verificou-se que o trabalho dos ACS se organizava em torno de quatro categorias de ações, assim divididas: quatro a cinco turnos de VD, três turnos de acolhimento, dois turnos de reunião e um turno de ação de promoção da saúde. Em seguida, identificou-se como cada uma dessas ações se desdobrava no cotidiano de trabalho dos ACS. O resultado está sintetizado no quadro 3, que comporta, além das ações anteriormente apresentadas, a alimentação dos sistemas de informação.

Quadro 3. Ações desenvolvidas pelos ACS

Categories	Ações
Contato com a população adscrita	Desenho do território e contagem dos domicílios Registro das condições de saúde da população VDs
Promoção da saúde	Participação em grupos de educação em saúde Campanhas temáticas
Acolhimento	Recepção usuários
Gerenciador de Informações Locais (GIL)	Alimentação/manejo do sistema
Reuniões	De equipe Geral da unidade Planejamento de ações de promoção da saúde

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

Cada uma das categorias de ação, elencadas no quadro 1, vem descrita a seguir. Embora essas ações sejam apresentadas por meio de recortes em categorias, ressalta-se, contudo, que elas não são estanques, sendo intrínseca a sobreposição e a interdependência entre tais ações no cotidiano de trabalho dos ACS.

Contato do ACS com a população adscrita

Nesta categoria, foram agrupadas as ações realizadas pelos ACS no território em que atuam: desenho do território e cadastramento das famílias, registro das condições de saúde no território e VDs. De acordo com os relatos dos ACS, o desenho do território é a primeira tarefa realizada quando da implantação de um serviço de Atenção Primária à Saúde, nos moldes da ESF, e acontece em duas etapas: delimitação do espaço geográfico das áreas de abrangência das equipes e contagem dos domicílios.

A delimitação da área de abrangência é o recorte físico, o mapeamento dos limites do território de atuação da equipe de Saúde da Família e que deve considerar, além do espaço geográfico, outros fatores: densidade demográfica, barreiras geográficas e vulnerabilidade social (RIO DE JANEIRO, 2011). Em seguida, os ACS fazem a contagem de domicílios e essa tarefa privilegia o número de famílias presentes numa determinada área, que não é, necessariamente, equivalente ao número de casas existentes.

Os ACS informaram que no território onde atuam é comum encontrar diversas famílias dividindo o espaço físico em uma residência e, por isso, desenvolvem estratégias para esse mapeamento, conforme explicitado: “eu aprendi a contar pelos fogões, se tiver um fogão na casa é uma família, se houver dois fogões são duas, e assim sucessivamente (ACS 1)”.

Tendo em vista que esses trabalhadores foram os primeiros a serem contratados para implementar a ESF no serviço estudado e não contavam com a possibilidade de se apoiarem no conhecimento de trabalhadores mais experientes, a verbalização sobre a estratégia desenvolvida pelo ACS 1 coloca em evidência sua contribuição a partir do saber sobre a comunidade. Assim, se por um lado o trabalho de desenhar o território permite ao ACS dar contorno à área da sua equipe, esse contorno ganha sentido a partir de um conhecimento peculiar que agrega nesse processo. Isso ocorre tanto no que se refere a obter dados fidedignos, como a quantidade de famílias disposta no território, mas também no que tange à qualificação desses dados a partir do conhecimento sobre as dimensões sociais, culturais e familiares que não são facilmente acessíveis para outros profissionais de saúde.

Registro das condições de saúde da população

O cadastramento das famílias na ESF é feito para alimentar o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), cujo objetivo é “conhecer a realidade socio sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos – e readequá-los, sempre que necessário – e, por fim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde” (BRASIL, 2003 p. 5).

Os dados que alimentam o SIAB são recolhidos a partir de fichas de cadastramento e acompanhamento das famílias e, posteriormente, analisados por meio de relatórios de consolidação (BRASIL, 2003). Observou-se que, ao contrário da tarefa de desenho do território – delimitada no tempo – o cadastramento das famílias se dá de forma contínua, pois os ACS mantêm atualizados os dados sobre sua área de abrangência e, por isso, respondem sobre o movimento das famílias. Verificou-se que, de acordo com demandas dos diferentes níveis de gestão, podem surgir novas demandas de registro, conforme se verifica:

Quando a estratégia começou aqui não precisava de documento no cadastro, agora a prefeitura pediu CPF de todo mundo e a gente teve que ir atrás disso pra ontem, foi como refazer o cadastramento geral só pra pegar CPF (ACS 1).

A observação do preenchimento dos instrumentos de registro nesta pesquisa revelou que os ACS levantam uma diversidade de informações de naturezas distintas. Ilustra essa questão o preenchimento da FICHA A, que requer levantamento de dados como endereço e composição da família, questões de cunho social e condições de saúde, ilustrando a gama de informações que os ACS têm para dar conta dos registros requeridos por esse instrumento.

Nas questões relacionadas às condições sociais dos usuários, como escolaridade, emprego e situação familiar, os ACS se apoiam no conhecimento que dispõem da comunidade por morarem no território onde atuam. No entanto, para preencher os dados referentes às questões de saúde, as dificuldades dos ACS são acentuadas; por um lado, pelo conhecimento restrito que têm no campo técnico da saúde e, por outro, pelas inúmeras questões de saúde que precisam levantar conforme verbalizações destacadas.

É difícil você tem que saber tudo sobre mulheres em idade fértil, tabagista, gestante, hipertenso, diabético, menores de 2 anos (ACS 3).

[...] tem coisas que a gente sabe de ver, se a mulher tá grávida é fácil, obeso também. Mas é difícil saber da mucosa e se tá desnutrida a criança (ACS 2).

Esse quadro lança luz ao fato de que o trabalho de registro das condições de saúde da população demanda que os ACS mobilizem conhecimentos construídos no contato com as equipes, como os conhecimentos da área da saúde; bem como o conhecimento que possuem por fazerem parte da comunidade onde atuam. Nessa direção, as ações realizadas fora da unidade de saúde na área de abrangência dos ACS ganham dimensão diferenciada no seu trabalho, especialmente no que se refere ao cumprimento do papel de interlocutor entre a comunidade e o serviço de saúde.

O tópico a seguir explora a realização das visitas domiciliares, que é, por sua vez, a tarefa que conjuga tanto as ações ligadas ao registro dos usuários, como ações de vigilância em saúde e de apoio aos outros profissionais da ESF na entrada no território.

Visitas domiciliares

Os ACS deverão acompanhar todas as famílias sob sua responsabilidade por meio de VDs (BRASIL, 2017); a organização dessas visitas deve ocorrer respeitando a seguinte estratificação de risco: a) visitas diárias para acompanhamento de famílias que tenham pessoas com tuberculose ou hanseníase; b) visitas mensais às famílias que tenham pessoas com hipertensão e diabetes severos, gestantes e crianças até

um ano; c) visitas trimestrais às famílias que tenham pessoas com hipertensão e diabetes leves, crianças maiores de dois anos e acamados (RIO DE JANEIRO, 2011). Famílias que não se enquadram em nenhum desses grupos devem receber, no mínimo, uma visita anual do ACS.

Além das visitas que são de sua exclusiva alçada, os ACS devem acompanhar as VDs dos outros profissionais da equipe, especialmente médicos e enfermeiros. Para tanto, os ACS se preparam coletando os prontuários dos casos que foram discutidos em reunião e elaborando um roteiro. No entanto, no momento da ida ao território, esse roteiro pode ser revisto em função da dinâmica dos casos, conforme afirmação:

Vai pela prioridade, pega todos os prontuários e aí vê [...] os mais urgentes, porque os menos graves podem ser feitos em outro dia. Por exemplo enfermeira tem visita terça e sexta, na terça a gente escolhe aqueles que serão atendidos primeiro e os outros ficam pra sexta (ACS 7).

Observou-se também que agentes de diferentes áreas colaboram entre si difundindo informações que julgam importantes para priorizar as visitas:

Eu moro no miolo do morro eu sei o que acontece, e então, se eu fico sabendo de alguma coisa eu aviso pra agente que cobre essa área e não tava sabendo (ACS 5).

Apurou-se que as VDs colocam em evidência que os ACS precisam lidar com questões relativas ao gerenciamento dos casos, recriando a estratificação de risco que se adéque à realidade da população atendida.

Ações de promoção à saúde

A carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro preconiza que a promoção da saúde contemple ações educativas voltadas para alimentação saudável, promoção da prática de atividade física e controle do tabagismo (RIO DE JANEIRO, 2011). Essas prescrições apresentam objetivos amplos: promover hábitos de vida saudáveis aos ideais de uma sociedade mais inclusiva e solidária, reduzir a violência e aumentar a participação social para a efetivação desses propósitos. No universo pesquisado, essas ações contam com grupos de educação e promoção da saúde que abordam temáticas como: hipertensão e diabetes, pré-natal, puericultura, aleitamento materno, adolescência, Programa Saúde na Escola, combate ao tabagismo e incentivo à prática de atividade física.

Além disso, outras três ações foram identificadas: campanhas, mutirões e eventos comemorativos. As campanhas enfrentam questões de saúde que se apresentam na

realidade do serviço e podem ter origens em demandas da gestão local ou do MS, como as de prevenção de dengue e de vacinação. Os mutirões são realizados para enfrentamento de problemas locais, como aumento da cobertura do exame preventivo de câncer de colo de útero. Por fim, verificou-se que em datas comemorativas também são realizadas ações como: Dia Mundial do Enfrentamento do Diabetes, Dia da Luta Antimanicomial.

Nas práticas de promoção da saúde, as ações que cabem aos ACS participantes desta pesquisa são: articulação de espaços no território para realização das ações; divulgação e convocação do público-alvo e apoio à organização dos grupos e eventos.

Acolhimento

O acolhimento, de acordo com as normas da ESF, é manejar o acesso aos serviços de saúde visando garantir um atendimento mais efetivo aos usuários e é atribuição de todos os profissionais das equipes de saúde da família (BRASIL, 2017). A SMSRJ, por sua vez, considera o acolhimento como uma diretriz clínica, que organiza o serviço e o processo de trabalho garantindo “acesso qualificado, resolutivo, baseado na construção do vínculo, tendo como princípio a integralidade do cuidado” (RIO DE JANEIRO, 2011, p. 15).

Desse modo, depreende-se que a organização dos serviços, pautada pelo acolhimento, deve estabelecer um fluxo tanto para atendimento de demandas programadas quanto para as demandas espontâneas, o que corresponde à dimensão da primeira avaliação e à identificação das necessidades dos usuários previstas pela PNAB (BRASIL, 2017). Contudo, o modelo do acolhimento não se esgota no fluxo dos usuários, abarcando também a responsabilização, que se traduz no compromisso dos profissionais na busca de soluções para os problemas de saúde dos usuários no serviço ou em outros pontos da rede de atenção (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Em relação ao acolhimento, esta pesquisa identificou que os ACS são a linha de frente das equipes, visto que ficam em baias localizadas na área de recepção da unidade de saúde como primeiro contato entre a população e os demais profissionais no serviço.

Observou-se que os ACS recebem tanto usuários com atendimento agendado quanto os de demanda espontânea e fazem triagem dos casos que chegam verificando se a demanda por atendimento é ou não pertinente conforme a seguir.

Desde antes de existir a estratégia, o usuário tem uma cultura que seja a hora que for ele chega no posto e tem que ser atendido. Às vezes é pra mostrar um exame, ele quer mostrar

o exame e a gente tem que explicar que não é assim, que tem que esperar o agendamento da consulta (ACS 3).

Os ACS conseguem, também, antecipar a variação no fluxo de atendimento em função do perfil da agenda, horário ou dia da semana, conforme a seguir.

[...] dia de hipertenso e diabético é mais complicado, porque é dia de trocar receita, dá muita gente (ACS 2).

Segunda cedo é ruim pra todo mundo, porque todos os problemas se resolvem na segunda. Segunda tem muita gente que vem pedir atestado (ACS 3).

Na perspectiva dos ACS, a recepção de usuários para mero registro do atendimento e marcação de consultas – outra atividade que realizam na baia da recepção – descaracterizam o trabalho no acolhimento, conforme verbalizações:

Isso aqui é trabalho do ACS? Colher dados do território é trabalho do ACS! Recepção não é coisa pro administrativo? (ACS 2).

Ficar na baia pra marcar consulta é trabalho de recepcionista (ACS 2).

Acompanhar os ACS no acolhimento permitiu identificar o papel que executam na linha de frente do serviço de saúde: triagem e qualificação dos atendimentos. Entretanto, os ACS acreditam que essas atividades, além de descaracterizar seu papel na ESF, deveriam ser executadas pelo setor administrativo ou por recepcionistas.

Alimentação e manejo do GIL

O Gerenciador de Informações Locais (GIL) tem a finalidade de integrar os diversos sistemas da Atenção Básica, unificando a entrada de dados da população atendida para monitoramento e planejamento contínuo do sistema de saúde nos municípios. Esse sistema está em uso há mais tempo na unidade e é alimentado pelos ACS, predominantemente, em dois momentos: no acolhimento e nas atualizações da planilha SSA2.

O SSA2 é um relatório que sintetiza informações recolhidas ESF e, para organizar os dados que entram no relatório consolidado, os ACS fazem anotações em cadernos ao longo do mês. Isso de acordo com trabalhadores acompanhados, facilita a realização da tarefa.

O macete é você deixar tudo organizado, ter o número de hipertensos, número disso e daquilo e você deixa tudo anotado, só vai atualizando mês a mês. As coisas não mudam tanto, acho que só as VDs que mudam muito (ACS 4).

O acompanhamento desse manejo lança luz ao fato de que, embora sejam os ACS responsáveis pela inclusão dos relatórios SSA2 no sistema, e essa tarefa ter prazo determinado para seu cumprimento, não há um período específico na agenda dos profissionais destinado a esse fim. Conseqüentemente, o registro dos dados ocorre tomando espaço de outras atividades conforme explicita um dos ACS:

A gente larga visita, larga tudo que tiver que fazer pra lançar SSA (ACS 2).

Verificou-se que a falta de equipamentos disponíveis para a quantidade de agentes e a precariedade do sistema e da rede de internet dificultam ainda mais a realização do registro dos dados no GIL. Frente a isso, evidencia-se que as ações empreendidas pelos ACS para alimentação desse sistema demandam a mobilização do conhecimento que têm sobre a saúde da população reduzindo-o a dados quantitativos. De outro lado, os ACS precisam enfrentar a escassez de tempo e a precariedade dos recursos necessários para alcançar os objetivos relativos a essa tarefa.

Reuniões

Os ACS foram acompanhados em três tipos de reuniões: de equipe, do colegiado e de preparação de ações de promoção da saúde. Destaca-se que as reuniões de equipe têm frequência semanal e as demais são agendadas de acordo com a necessidade.

A participação dos ACS na reunião de colegiado é compatível com a participação dos demais profissionais. Observou-se que esses trabalhadores colocaram suas questões, com relação às pautas discutidas, com igual interesse e colaboração dos demais. Nas reuniões direcionadas às ações de promoção à saúde, verificou-se a importância dos ACS como mediador entre equipes de saúde e a comunidade, como conhecedor da população adscrita e, sobretudo, como apoiador das ações planejadas.

Discussão

O trabalho dos ACS possui uma diversidade de lógicas e contradições presentes na realidade de todos os trabalhadores da ESF, muito embora a literatura aponte implicações particulares dessa questão no trabalho realizado por esses profissionais. Nessa direção, alguns estudos sinalizam que a diversidade de lógicas presente no trabalho dos ACS dificulta a delimitação do campo de ação desses trabalhadores, seja pela idealização do seu trabalho (BARALHAS; PEREIRA, 2011); pelo excesso de funções que lhes são atribuídas (CORIOLANO; LIMA,

2010; GOMES et al., 2011; PAULA, et al. 2015) ou ainda, pela incorporação, ao rol de suas atribuições, de tarefas que não são necessariamente da sua alçada (GOMES et al., 2011; SAKATA; MISHIMA, 2012).

Ademais, os dados apurados nesta pesquisa demonstraram que grande parte das ações legadas aos ACS são determinadas pela necessidade das equipes ou dos diferentes níveis de gestão sem a consideração do que é central no seu trabalho. Tal fato gera constrangimentos para os ACS e, também, corrobora a dificuldade de delimitação do escopo de suas ações. Logo, o trabalho do ACS parece estar constantemente em mutação por causa de novas tarefas e demandas que são insidiosamente agregadas ao seu trabalho. A esse respeito, Ferraz e Aets (2005) afirmam que, por causa da fluidez na definição de suas atribuições os ACS, muitas vezes desempenham papel de tapaburaco nos serviços da ESF.

Essa falta de limites claros tem efeitos negativos para o trabalho dos ACS ao permitir que abarquem inúmeras e variadas tarefas tornando mais difícil a consolidação de saberes e práticas que fundamentariam o seu mundo profissional. De outro lado, tal fluidez também tem sido considerada como um aspecto positivo, pois permite que os ACS construam suas práticas em consonância com as propostas inovadoras do SUS e da ESF (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Mas qual a importância de definir o mundo profissional do ACS? Ser trabalhador sem um mundo profissional consolidado significa que os ACS são trabalhadores à deriva, pois suas tarefas podem ser remodeladas a todo momento. E isso, por sua vez, acaba impedindo que esses profissionais construam um patrimônio que possa embasar suas ações. Além do mais, a legitimidade do trabalho dos ACS fica constantemente em jogo visto que não há clareza daquilo que é, realmente, central.

De posse das análises efetuadas, é possível distinguir elementos que auxiliarão na consolidação do mundo profissional dos ACS, tais como objeto, ferramentas e valores que sustentam interpretações que esses trabalhadores fazem da realidade existente na realização do seu trabalho. Para embasar a identificação do objeto do trabalho dos ACS, buscaram-se as atribuições prescritas em documentos normativos que são sintetizadas na tríade: “identificar sinais e situações de riscos, orientar as famílias e comunidade e encaminhar/comunicar à equipe os casos e situações de risco identificadas” (TOMAZ, 2002 p. 85). Logo, nessa perspectiva, o foco das atividades dos ACS estaria na realização de visitas domiciliares e nas discussões

dos casos com as equipes, coadunando com os achados de diferentes estudos que investigaram o trabalho desses agentes (TOMAZ, 2002; ALONSO, 2017).

No que se refere às ferramentas e valores relacionados ao trabalho dos ACS, verificou-se que esses profissionais reconhecem, como principais ferramentas da profissão, as tecnologias leves de cuidado (CORIOLANO; LIMA, 2010; SAKATA; MISHIMA, 2012) e que têm, no conhecimento obtido no contato com as famílias, por meio das VD, seu maior patrimônio (BARALHAS; PEREIRA, 2011). A este respeito, os resultados desta pesquisa demonstraram que os ACS realizam ações customizadas e capilares que se contrapõem às formas de agir mais tradicionais da área de saúde que, de acordo com Cunha (2005), são predominantemente protocolares, centradas em aspectos biológicos e na perspectiva de imutabilidade dos sujeitos.

Portanto é o conhecimento que o ACS mobiliza a partir do seu contato com a população atendida que possibilita a inserção de dados de ordem social, familiar e cultural na esfera do cuidado. Tal conhecimento se configura como ferramenta importante não apenas na efetuação das suas ações como também para o seu planejamento do trabalho das equipes de saúde da família. Isto foi observado em diversas tarefas dos ACS acompanhadas nesta pesquisa, entre as quais se destacam o ordenamento de VD e o manejo dos sistemas de informação. Em se tratando da VD, os ACS realizam, além das ações de cuidado prescritas, a regulação dos atendimentos compatibilizando as necessidades de saúde da população, que não são estanques, com a disponibilidades de outros profissionais da equipe.

Já no que se refere ao manejo dos sistemas de informação, verificou-se que tais sistemas são recursos importantes para planejamento das ações de saúde tanto local, como nacionalmente. No entanto, apesar da relevância dessa tarefa, este estudo evidenciou a falta de recursos materiais, como computadores e acesso adequado à internet, e a ausência do planejamento adequado de tempo para sua realização. Isso denota a invisibilidade de algumas tarefas legadas aos ACS a despeito da importância que elas têm para operacionalizar a ESF.

Não obstante a análise das tarefas do ACS ter desvelado que entre a miríade de ações legadas ao ACS, embora algumas se relacionem com a tríade apontada por Tomaz (2002) e tenham como base as ferramentas e valores supracitados, muitas são determinadas por lógicas com naturezas distintas. Para ilustrar essa situação, retomase o trabalho burocrático apreendido na alimentação dos sistemas de informação, a

demanda pelo cadastramento dos CPFs dos usuários, feita pela gestão municipal de saúde ou, ainda, a percepção dos ACS sobre o atendimento no acolhimento como um trabalho de recepcionista que pouco se relaciona com os valores enunciados na literatura e nos documentos normativos sobre o trabalho desses profissionais.

A respeito dessa diversidade de ações e lógicas, convém marcar que não se trata aqui de apontar a heterogeneidade típica da operação de serviços, mas de evidenciar a questão de que as tarefas dos ACS são definidas a partir de critérios que têm origem em racionalidades diversas, sendo frequentemente determinados de forma apartada dos valores, conceitos e práticas que estruturam seu mundo profissional.

Considerações finais

Esta pesquisa teve como objetivo analisar as tarefas dos ACS, no intuito de fornecer subsídios que possam ajudar na construção do mundo profissional desses trabalhadores. Assim, primeiramente, o estudo das tarefas dos ACS tinha como propósito colocar em evidência o mundo profissional desse trabalhador. Entretanto, esta pesquisa demonstrou que os ACS não têm um conjunto de valores implícitos, conceituais e práticos que formam um sistema com os objetos de suas ações; ou seja, o mundo profissional dos ACS não está plenamente estabilizado.

Isso foi constatado por meio da identificação das inúmeras funções legadas a esses profissionais, que apresentam lógicas distintas identificadas pelas díades: trabalho burocrático x trabalho de cuidado; demandas das equipes x demandas da comunidade; vigilância epidemiológica x singularidade dos casos; demandas dos casos x demandas da gestão.

Embora a generalização seja uma limitação fundamental deste estudo, seus resultados lançam luz sobre a potência do trabalho dos ACS na ESF, bem como sobre os desafios que esses trabalhadores enfrentam no seu cotidiano. Assim, sua principal contribuição foi gerar conhecimento sobre situações reais de trabalho, no intuito de apoiar formuladores de políticas públicas e gestores do SUS no aprimoramento da concepção do trabalho dos ACS e da ESF.

Acredita-se que o objetivo desta pesquisa foi alcançado, à medida que, além de identificar as incontáveis atividades desenvolvidas pelos ACS, a análise e a discussão dos dados obtidos foram capazes de apontar objeto, ferramentas e valores que devem ser considerados para consolidação do mundo profissional dos ACS.²

Referências

- ALONSO, C. M. do C. *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde na concepção dos projetos terapêuticos singulares na perspectiva dos conceitos mundos profissionais e mundo comum*. Rio de Janeiro, 2017. (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.
- ARRUDA, C. A. M. et al. O ACS ensina a gente a ter amor pela vida: percepções de usuários assistidos na Estratégia Saúde da Família no Ceará. *Revista Bahiana de Saúde Pública*. v. 34, n. 4, p. 935-950 out-dez. 2010.
- BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 31-46, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 jan. 2016.
- BINDA, J.; BIANCO, M. de F.; SOUSA, E. M. de. O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 389-402, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a11.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: *Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 22 ago. 2017.
- BUCCIARELLI, L. L. Reflective Practice in Engineering Design. *Design Studies*. v. 5, n. 3, p. 185-190, 1984.
- BÉGUIN, P. *Conduite de projet et fabrication collective du travail: une approche développementale*. Habilitação para dirigir pesquisas. Ecole Doctorale: Sciences Sociales. Université Victor Segalen Bordeaux 2. Bordeaux: França. 2010.
- BÉGUIN, P. O ergonomista, ator da concepção. In: FALZON, Pierre (ed.). *Ergonomia*. São Paulo: Editora Blucher, 2007. p. 317-330.
- BRITO, J. et al. O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: _____. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Editora Fiocruz, 2011. p. 23-43.
- BUCCIARELLI, L. L. An ethnographic perspective on engineering design. *Design Studies*, v. 9, n. 3, p. 159-168, jul. 1988. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0142694X88900452>. Acesso em: 21 mar. 2015.

- CORIOLOANO, M. W. de L.; LIMA, L. S. de. Grupos focais com agentes comunitários de saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais. *Rev. enferm. UERJ* v. 18, n. 1, p. 92-96, jan-mar. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a16.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2016.
- CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 17, n. 68, p. 7-13, 1989.
- FALZON, P. Natureza, objetivos e conhecimentos da ergonomia. In: FALZON, Pierre (ed.). *Ergonomia*. São Paulo, Editora Blucher, 2007. p. 3-19.
- FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 347-355, 2005.
- GALAVOTE, H. S. et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface Comunicação Saúde Educação*, v. 17, n. 46, p. 575-586. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2013nahead/aop2213.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2016.
- GOMES, A. de L. et al. O elo entre o processo e a organização do trabalho e a saúde mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no município de João Pessoa – Paraíba – Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. v. 15, n. 3, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/10564/6816>. Acesso em: 1 jan. 2016.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)*, v. 9, n. 17, p. 287-301, ago. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2015.
- GUÉRIN, F. et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo*. São Paulo: Blucher, 2001.
- NOUROUDINE, A. Como conhecer o trabalho quando o trabalho não é mais o trabalho? *Trab. educ. saúde*, v. 9, n. supl. 1, p. 69-83, 2011.
- OLIVEIRA, D. T. et al. Percepções do Agente Comunitário de Saúde sobre sua atuação na Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enfermagem*. v. 17 n. 1, p. 132-137, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26386/17580>. Acesso em: 1 mar. 2015.
- PAULA, I. R. et al. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 24, n. 1, p.152-164, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0152.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. *Guia de Referência Rápida*. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

SAKATA, K. N.; MISHIMA, S. M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 665-672, jun./2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000300019&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 mar. 2015.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface (Botucatu)*, v. 6, n.10, fev. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 maio 2013.

Notas

¹ **Financiamento:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes – Processo BEX 5217/2014-08 programa CAPES-COFECUB 702/11).

² C. M. C. Alonso concebeu o projeto de pesquisa, realizou análise dos dados, redação, revisão e aprovação da versão final do artigo. F. J. C. M. Duarte orientou a coleta, análise dos dados e participou da revisão e aprovação da versão final. V. Pueyo orientou a análise dos dados e participou da redação, revisão e aprovação da versão final. P. D. Béguin concebeu o projeto de pesquisa, orientou a construção do referencial teórico e a análise de dados e participou da redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito.

Abstract

Community Health Agent: a professional world in search of consolidation

The contribution of community health agents (CHAs) is strategic for overcoming the biomedical health model. However, weaknesses in defining the specific roles of this profession impose contradictions and impediments to this work, making it difficult to construct the professional world of CHAs. Thus, this study aimed to analyze the tasks performed by the CHAs to reveal the objects, values, and tools, used by these workers to help consolidate their professional world. This study is a qualitative research study guided by the principles of activity ergonomics that include documentary analysis, systematic observations, and interviews. The results showed that due to the myriad of activities performed by the CHAs, the professional world of these workers is not fully delineated. However, it is believed that the results, analysis, and discussion of the data verified in this research, can support the consolidation of the professional world of the CHAs.

► **Keywords:** Ergonomics; Primary Health Care; multi-professional teamwork.

