Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

"O agente comunitário de saúde na recepção das unidades de Atenção Primária"

por

Mariana Tomasi Scardua

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Jaqueline Teresinha Ferreira

Rio de Janeiro, junho de 2015.

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

"O agente comunitário de saúde na recepção das unidades de Atenção Primária"

apresentada por

Mariana Tomasi Scardua

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto

Prof.ª Dr.ª Neide Emy Kurokawa e Silva

Prof.ª Dr.ª Jaqueline Teresinha Ferreira – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 12 de junho de 2015.

Agradecimentos

À Jaqueline Ferreira, que me apoiou durante todo o processo, aguentou meus altos e baixos. Obrigada pela paciência, pela compreensão e pelo carinho;

Aos meus pais e minhas irmãs, os quais amo muito e nunca deixaram de me incentivar;

À Daniel Puig, companheiro de jornada(s), pelo amor, apoio, confiança e carinho de sempre;

À família Medicina Integral, especialmente Cesar, Regina, Inez e Ricardo, que forneceu todo o suporte para que essa experiência fosse possível e é parte fundamental da minha formação profissional;

Ao grupo querido de amigos que se criou e fortaleceu durante o mestrado. Cyro Mendes, Viviane Jacob, Cristiane Colão e Carla Matos, obrigada por compartilhar momentos bons e tornar os ruins mais suportáveis e divertidos.

À Amanda Fehn, Alice Mariz, Rodrigo Pacheco e Angélica Rocha pelos dias de convivência em Havana, pelo estreitamento de laços e pelo aprendizado em conjunto. *(“UM TISTE!”)*

À Neide Kurokawa, Erivelto Martins, Marcello Dalla, Thais Ferrão, Débora Teixeira, Elyne Engstrom, Carlos Eduardo Aguilera Campos, Maria Alice Pessanha, Carlos Otavio Fiuza, Alessandra Mattos, Mariana Fernandes e Bebeto Coelho pelo apoio, convivência e aprendizado compartilhado;

À equipe do CMS Nicola Albano, principalmente ao quarteto e as sortudas, que iniciaram essa jornada comigo e não deixaram de me acompanhar apesar da distância. Obrigada Ilmara Maciel, Licia Accioly, Renata Cantisano, Lucimar Lopes, Luiza Ilarri, Ana Luiza Cury, Claudiana Klein, Paula Prates e Mariana Alvarenga;

À equipe da SMS Rio, Daniel Soranz, José Carlos Prado Jr., Keith Simas, Roselee Pozzan, Fabiana Pereira, André Vaz, Vinicius Lacerda, Marco Antonio Silva, André Lopes e David Tebaldi;

A todos os agentes comunitários de saúde do Rio de Janeiro e do Brasil, que acreditam num SUS e numa saúde mais ampla e melhor.

Resumo

Com a expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, iniciada em 2009, a criação das Clínicas da Família (CF) e a instituição da ESF no Centros Municipais de Saúde (CMS), os ACS, além de desempenharem suas funções, recebem nova atribuição de estar na porta de entrada da unidade de saúde em um posto/local de serviço identificado pelo nome da equipe da qual faz parte e a qual o usuário deve procurar assim que chegar a unidade. No entanto, os ACS ao serem colocados neste local (recepção/porta de entrada) não recebem treinamento adequado e assumem a função de direcionar os usuários que chegam as unidades. O interesse em estudar a atuação e as percepções dos ACS neste contexto partiu da minha observação sobre a sua rotina nesse local, das discussões sobre o processo de trabalho e suas atribuições no mesmo. Esse estudo é uma abordagem qualitativa e a técnica utilizada foi a aplicação de entrevistas semiestruturadas para captar explicações e interpretações do que ocorre no grupo. Os resultados encontrados permitiram entender que os ACS apresentam contradições em sua atuação na recepção das unidades de atenção primária à saúde, percebendo-se nesse local ora como recepcionista ora como profissional de saúde. Assim, sua atuação oscila entre ser um facilitador de acesso ao médico ou acolher e tornar esse um espaço dialógico de negociações das necessidades de saúde.

Palavras chaves: Acolhimento, Porta de entrada, Agente Comunitário de Saúde, Estratégia de Saúde da Família.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....p.7

LISTA DE FIGURA E TABELAS.....p.8

1.INTRODUÇÃO.....p.9

2. REVISÃO DE LITERATURA.....p.12

2.1 Atenção Primária à Saúde.....p.12

2.2 Estratégia de Saúde da Família.....p.15

2.3 Os Agentes Comunitários de Saúde.....p.17

2.4 A Formação do Agente Comunitário de Saúde.....p.20

2.5 Acolhimento.....p.23

3. OBJETIVOS.....p.29

3.1 Objetivo Geral.....p.29

3.2 Objetivos específicos.....p.29

4. METODOLOGIA.....p.30

4.1 Tipo do estudo.....p.30

4.2 Cenário do estudo.....p.31

4.3 Sujeitos do estudo.....p.33

4.4 Considerações Éticas.....p.33

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....p.35

5.1 Perfil dos entrevistados.....p.35

5.2 O cotidiano na recepção.....p.38

5.3 Receber ou acolher? As múltiplas faces da recepção>.....p.46

5.4 Diferenças no trabalho na microárea e recepção.....p.54

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....p.61

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....p.67

APÊNDICES

1 ROTEIRO DE ENTREVISTA.....p.74

2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....p.76

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AP – Área Prográmatica

APS – Atenção Primária à Saúde

AVS – Agente de Vigilância em Saúde

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CF – Clínica da Família

CMR – Centro Municipal de Reabilitação

CMS – Centro Municipal de Saúde

CMS PV – Centro Municipal Parque Vila

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FORTI-SUS – Formação Técnica em Itinerário

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

Opas –Organização Panamericana de Saúde

Oscips – Organizações civis de interesse público

OSS – Organização Social de Saúde

PACS –Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIAS – Programa de Interiorização das Ações em saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa de Saúde da Família

SIPS – Sistema de Indicadores de Percepção Social

SUBPAV – Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilência e Promoção da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Lista de Figura e Tabelas

Figura 1 – Mapa da área de abrangência do CMS Parque Vila

Tabela 1 – Percentual de ACS segundo o sexo

Tabela 2 – Percentual de ACS segundo a faixa etária

Tabela 3 – Percentual de ACS segundo a escolaridade

Tabela 4 – Percentual de ACS segundo o número de filhos

1. INTRODUÇÃO

Sou médica de família comunidade desde 2010, quando terminei minha formação pelo programa de residência médica em medicina de família e comunidade pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

A experiência da residência médica não me permitiu o contato com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) na prática. Isso só ocorreu quando ia acompanhar os alunos da graduação de medicina nas visitas ao território quando passavam pelas disciplinas de medicina integral e aprendiam sobre abordagens comunitária e familiar. O contato mais próximo ocorreu quando comecei a atuar como médica de equipe da estratégia de saúde da família em março de 2011, na área programática 2.2, no Centro Municipal de Saúde (CMS) Nicola Albano, localizado no Alto da Boa Vista.

Assumi a equipe Floresta da Tijuca que era composta por uma enfermeira, um técnico de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde (ACS). Ao todo, eram dezesseis ACS, oito em cada equipe. Alguns já atuavam no território há 11 anos e todos vinham do trabalho no Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), pois só a partir do final de 2010 a unidade passou a contar com a ESF.

Com a expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, a criação das Clínicas da Família (CF) e a instituição da ESF nos Centros Municipais de Saúde (CMS), os ACS, além de desempenharem suas funções, recebem nova atribuição de estar na porta de entrada da unidade de saúde em um posto/local de serviço identificado pelo nome da equipe da qual faz parte e a qual o usuário deve procurar assim que chegar a unidade. Ou seja, o ACS foi colocado como porta de entrada da unidade, primeiro contato do usuário com a equipe de saúde, e a recepção da unidade, nos moldes tradicionais, foi abolida das unidades de ESF. Não existe mais o guichê de marcação com separação entre o profissional administrativo e o usuário.

Assim, diante desse meu primeiro contato junto aos ACS e com as mudanças nas rotinas de trabalho que essa categoria passou a vivenciar, a partir da implantação e expansão da ESF no município do Rio de Janeiro,

despertou em mim o interesse em estudar a sua atuação na recepção das unidades de atenção primária.

Observei como médica de equipe que qualquer nova função incorporada as atribuições dos ACS, além de suas antigas funções, causava desconforto e sentimento de revolta. Um dos eventos mais marcantes foi quando, por determinação da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV), passaria a ser função dos ACS vistoriar as casas durante as visitas domiciliares procurando focos de dengue e então notificar os Agentes de Vigilância à Saúde (AVS). Em suas falas parte, reclamavam de que os AVS eram os responsáveis pelo controle de focos e outra parte pela diferença na forma de contratação entre as duas categorias profissionais: os AVS são concursados, sendo servidores municipais; e os ACS são contratados por meio de Organizações Sociais de Saúde (OSS) na forma de CLT e estando a mercê das inconstâncias de tal forma de contratação.

Também não foi diferente quando assumiram a recepção das unidades. A observação da prática diária desse trabalho, que por muitas vezes gerava estresse e reclamações ao receberem a escala e contabilizarem quantos dias no mês estavam escalados para exercer tal função, me fazia questionar porque o trabalho no território não parecia tão árduo, apesar da distância a ser percorrida, dos altos e baixos da floresta da tijuca e da dificuldade de locomoção em território tão peculiar? Em contrapartida, porque estar em ambiente fechado, sem muito deslocamento, com a equipe técnica na retaguarda causava tanto desconforto? Os ACS reclamavam de que, com tantas novas atribuições, estavam perdendo suas características essenciais de promoção da saúde e prevenção de doenças, com sentimento de que estavam se tornando tão assistencialistas quanto o sistema vigente. Assim, entender essas percepções passou a fazer parte do meu interesse de pesquisa.

Ao entender o Acolhimento como política e estratégia de reorientação da atenção à saúde, todos os profissionais de saúde da unidade devem fazer parte do processo, desde a porta de entrada. Portanto, a presença do ACS, primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, na recepção da unidade faria sentido, no instante em que a identificação e o vínculo fazem parte desse

processo de acolhida. No entanto, será que o ACS ao ser colocado neste local (recepção) recebe treinamento adequado para assumir a função de acolher e direcionar os usuários que chegam as unidades? Enfim, conforme já referido, o interesse em estudar a atuação e as percepções dos ACS neste contexto partiu da observação sobre a sua rotina nesse local, das discussões sobre o processo de trabalho e suas atribuições no mesmo. Além disso, as reuniões de equipe e as discussões com colegas de outras unidades demonstraram algumas dificuldades dos ACS nessa nova atribuição.

Entendendo a recepção da unidade como parte do processo de trabalho para o acolhimento, e não como único local de acolhimento, fato que causa confusões, sendo inclusive muitas vezes o espaço físico chamado de “acolhimento”, a figura do ACS nesse local, faria sentido, pois fortalece o vínculo, a integralidade, a continuidade e a longitudinalidade do cuidado. Mas para tal, precisa ser exercida como parte do processo da mudança no trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado envolvidas nas ações dos profissionais de saúde, e não apenas como recepção, direcionando o usuário aos demais serviços da unidade, sem escutá-lo, sem acolhê-lo.

Assim, o presente estudo pretende analisar a percepção dos ACS sobre seu trabalho na recepção das unidades de Atenção Primária em Saúde. Desta forma, esta pesquisa visa contribuir no contexto local para os debates sobre a capacitação dos ACS na atribuição de novas funções.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A discussão teórica deste trabalho foi baseada em fontes relacionas ao acolhimento, ao perfil do agente comunitário em saúde e igualmente serão agregados referenciais de acordo com aspectos aportados pelos dados empíricos. Neste momento, alguns referenciais bibliográficos servirão para contextualizar o trabalho.

2.1. Atenção Primária à Saúde

A declaração final, produzida na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), em Alma-Ata, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1978, definiu a APS como a atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de atenção à saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de atenção à saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (MENDES, 2009).

> Uma atenção primária forte é essencial para um sistema de saúde forte. Em sua forma mais altamente desenvolvida, a atenção primária é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o lócus de responsabilidade pela atenção aos sujeitos e às populações no decorrer do tempo. A atenção primária é complexa. Seus desafios exigirão esforços conjuntos na pesquisa e na tradução sistemática do conhecimento em políticas [...] (MIALHE, 2011, p.27).

Uma publicação da Organização Panamericana de Saúde (Opas) sobre APS, sustentada por uma revisão bibliográfica ampla, mostrou que os sistemas

de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentaram resultados melhores e mais equitativos, foram mais eficientes, tiveram menores custos e produziram mais satisfação para as pessoas usuárias quando comparados com sistemas de fraca orientação para atenção primária à saúde. Esses sistemas possibilitaram liberar recursos para atender às necessidades dos excluídos; melhoraram a equidade porque foram menos custosos para os indivíduos e mais custo/efetivos para a sociedade; asseguraram maior eficiência dos serviços porque pouparam tempo nas consultas, reduziram o uso de exames laboratoriais e os gastos em saúde; empoderaram grupos vulneráveis; e minimizaram os gastos diretos dos bolsos das famílias, ao instituírem cobertura universal. Estudos sobre hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial mostraram que os sistemas baseados na atenção primária à saúde que asseguraram acesso e primeiro contato, melhoraram os resultados sanitários, beneficiaram outros níveis do sistema e permitiram reduzir internações hospitalares, especialmente em anginas, infecções urinárias, doença pulmonar obstrutiva crônica e infecções da garganta, ouvido e nariz (MENDES, 2009).

Segundo Gusso e Lopes (2012), os cuidados primários de saúde são os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

A nova PNAB (2012) considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde” equivalentes (Teixeira, 2005). Neste estudo, usaremos sempre o termo Atenção Primária à Saúde por considerá-lo mais apropriado.

Segundo a nova PNAB (2012), a APS:

> [...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012).

Estas ações desenvolvidas por uma equipe de saúde são dirigidas a cada pessoa, às famílias e a coletividade ou conjunto de pessoas de um determinado território. Uma APS bem estruturada e organizada resolve os problemas de saúde mais comuns/frequentes da população, reduz danos ou sofrimentos e contribui para uma melhor qualidade de vida das pessoas. Além dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS orienta-se também pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinalidade), responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado. Possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários, independentemente da presença ou ausência dos problemas de saúde, o que chamamos de atenção longitudinal. O foco da atenção é a pessoa e não a doença (BRASIL, 2009).

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), a APS é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal

porta de entrada e o centro de comunicação de com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

A APS deve ser o centro de comunicação das redes de atenção à Saúde, responsável pelo intercambio no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde, porém as dificuldades de entender o papel de protagonista da APS dificultam essa interlocução e envolvem as dimensões políticas, cultural e técnica. A mudança dos sistemas fragmentados para as redes de atenção à saúde só poderá ocorrer, consequentemente, se estiver apoiada numa APS forte e de qualidade (MENDES, 2009).

2.2. A Estratégia de Saúde da Família

O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 institucionaliza a saúde e define o SUS. Suas ações e serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada; constituem um sistema único, organizado, descentralizado, com direção única de cada esfera de governo, prestando atendimento integral, a partir da priorização de atividades preventivas (sem prejuízo das assistenciais) com participação popular (GOMES e PINHEIRO, 2005).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1990 pelo Ministério da Saúde com a finalidade de reduzir a mortalidade infantil e materna mediante oferta de procedimentos simplificados de saúde na lógica da medicina preventiva para populações rurais e de periferia (GOMES e PINHEIRO, 2005).

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde para reorganizar a prática assistencial no Brasil, com a finalidade de promover a saúde das famílias a partir de uma nova forma de praticar saúde. Atualmente é denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) e tem como desafio a reorganização do sistema de saúde com práticas inclusivas e promotoras da saúde. Nesse sentido, acata as concepções da Carta de Otawa, que define promoção da saúde como “processo de

capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2002; MIALHE, 2011).

A PNAB, apovada pelo Ministério da Saúde (MS) através da portaria nº648/GM de 28 de março de 2006, definiu a ESF como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da APS no país. Por meio desta estratégia, a atenção à saúde é feita por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar), trabalhando de forma articulada (interdisciplinar), que considera a pessoa como um todo, levando em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e a comunidade, propondo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2013; GOMES e PINHEIRO, 2005).

Desde o início da década de 2000, a ESF encontra-se em expansão em grandes centros urbanos. Existe grande expectativa de que a ESF possa vir a ser a reestruturação da APS, porém alguns fatores foram identificados como dificultadores do processo de implantação da ESF nas áreas metropolitanas, como por exemplo: falta de financiamento, despreparo e qualificação insuficiente dos profissionais para atuar na ESF, formato padrão/rígido para composição das equipes sem respeitar as particularidades locais, insuficiência de mecanismos de relação da ESF com outros serviços, precariedades das redes ambulatoriais e hospitalares, dinâmica urbana complexa, violência urbana, tráfico de drogas e armas e dificuldade de interação de novos saberes e de novas práticas para ações coletivas e sociais no âmbito da ESF (GOMES e PINHEIRO, 2005).

Em 2012, com a publicação da nova PNAB, o MS reforça a escolha da ESF como reorientação da atenção à saúde no Brasil. Essa é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2012).

Cada equipe de saúde da família é composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, cujo total não deve ultrapassar de 12. Essa equipe pode

ser ampliada com a incorporação de profissionais da odontologia: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011).

2.3. Os Agentes Comunitários de Saúde

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais que representam um importante elo entre a equipe profissional e usuários, pois funcionam como tradutores do saber científico para o popular e mediam o acesso da comunidade aos serviços de saúde (MIALHE, 2011). Por ser um membro da equipe que faz parte da comunidade, os ACS têm um papel importante no acolhimento, pois ajuda a criar vínculo, atuando como facilitador no contato direto com equipe (BRASIL, 2009).

O decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999, determina que o ACS deve exercer suas atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade sob supervisão competente. Essa supervisão é geralmente realizada pelos enfermeiros das equipes de saúde da família, que assumem a responsabilidade pela educação permanente dos ACS (MIALHE, 2011; BRASIL, 2014).

A lei 10.507 de julho de 2002 traz diretrizes que regulam as competências dessa categoria profissional e a portaria nº648/GM de 28 de março de 2006 preserva a centralidade das ações de promoção da saúde e prevenção além de permitir ao agente o desenvolvimento de atividades de saúde (ALVES, 2009).

Possui atribuições como: utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; promover ações de educação para a saúde individual e coletiva; registros, para controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; estímulo a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a conquista de qualidade de vida; realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco para a família; participação em ações que

fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. Tendo em vista todas essas atribuições, podemos concluir que o trabalho desses profissionais contribui para o processo de transformação social, porém essa costuma ser lenta e deve envolver todos os profissionais de saúde (ALVES, 2009; BRASIL, 2001; BRASIL, 2014; MIALHE, 2011).

É importante que esses profissionais identifiquem os diversos estabelecimentos e instituições existentes no território, como escolas, creches, comércio, praças, instituições de longa data, igrejas, templos, cemitérios, depósitos de lixo/aterros sanitários, entre outras de forma a promover atividades conjuntas/parcerias para promoção da saúde e prevenção de doenças, estimulando assim a participação comunitária (BRASIL, 2009).

O trabalho dos ACS tem incorporado avanços singulares à organização do sistema de saúde e da APS brasileira com o pressuposto do trabalho multiprofissional nas equipes; com o vínculo entre equipe, população e território; e com o estímulo à participação social (MIALHE, 2011).

Uma das principais funções dos ACS é a realização do cadastramento das famílias residentes na área de atuação da equipe. Isso possibilita o real conhecimento das condições de vida e ajuda a identificar os principais problemas de saúde, contribuindo para que os serviços possam oferecer uma atenção mais voltada para família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade (BRASIL, 2009).

Igualmente, os ACS devem estimular e promover encontros para que essas pessoas possam refletir sobre a vida delas, identificar suas necessidades e agir coletivamente para resolvê-las. Esse é o grande desafio dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde. Ser agente comunitário de saúde é, sobretudo, lutar e aglomerar forças em sua comunidade na defesa dos serviços públicos de saúde e educação e da melhoria dos determinantes sociais de saúde. É ser agente de mudanças e de incentivo à participação comunitária (Brasil, 2012).

Os ACS são personalidades únicas no SUS, pois exercem suas atividades laborais necessariamente no local onde vivem, o que os leva, na

maioria das vezes, a não ter horário de trabalho definido, respondendo as solicitações dos moradores/vizinhos/usuários e sendo responsáveis pela inclusão e acesso desses no sistema de saúde para o qual trabalha, mas o qual também os excluem (BRASIL, 2014). É membro da comunidade em que atua e também usuário dos serviços públicos de saúde conhecendo e enfrentando as mesmas dificuldades de acesso e resolubilidade do SUS (MIALHE, 2011).

OS ACS recebem, em geral, o mesmo tipo de formação técnico-científica que os demais profissionais que compõem a equipe, com forte influência do modelo biomédico apesar de os princípios orientadores da ESF proporem com a ruptura deste modelo: *"o ACS passa a se constituir em mais um membro da equipe de saúde, que leva informações ou conhecimento à comunidade."* (MIALHE, 2011, p.63). Sendo assim, a prática pedagógica e a educação em saúde que permeiam a atuação dos ACS podem assumir diversos e contraditórios sentidos: a manutenção do modelo de saúde marcado pelo tecnicismo, pela relação entre membros da equipe hierarquizada e pela negação da capacidade de os sujeitos construírem saberes sobre saúde ou a incorporação de pressupostos da educação popular de Paulo Freire propondo o diálogo como elemento central no processo pedagógico (MIALHE, 2011).

Um aspecto que parece central no trabalho do ACS é a perspectiva tecnicista componente de um modelo assistencial com base na racionalidade biomédica, justificando o controle do Estado sobre a população através de ordens médicas. Nessa lógica, o ACS, um morador da comunidade, legitimado por sua história de vida, é o melhor profissional de saúde para fazer cumprir tais ordens e controlar as formas que as pessoas cuidam de sua saúde (MIALHE, 2011; STOTZ et al, 2007).

Tais práticas geram sofrimento e sentimento de autodesvalorização nos ACS (MIALHE, 2011):

> [...] além de evidenciar o não reconhecimento de sua dimensão comunitária, valorizando-o como educador justamente por ser uma pessoa da população, reflete um embate que se dá no plano das idéias, mas também no das relações cotidianas nas equipes de saúde [...] (MIALHE, 2011, p. 65)

Segundo Stotz et al (2007), as formas de significação da questão da saúde, do adoecimento, da vida e suas dificuldades não acompanham essa racionalidade técnico-normativa e acarretam uma desorganização das relações sociais imediatas e implicam o questionamento do sentido da vida, que não tem resposta na ciência biomédica. Tantas contradições convivem com as percepções de sua importância como um educador que capaz de perceber o subjetivo na vida das famílias (MIALHE, 2011).

Segundo Nunes et al (2002), os ACS, quando compõem a equipe de saúde da família, assumem responsabilidades de dominar certos conteúdos e práticas referentes à biomedicina; que lhe conferem um sentimento de orgulho de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular e prestígio social, considerando que o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade. Esse mesmo processo que gera orgulho e prestígio, também é causador de ansiedade, quando o ACS compara seu conhecimento com o dos outros profissionais da equipe técnica, podendo causar insatisfação quanto à educação que recebem (NUNES et al, 2002).

2.4. A Formação do Agente Comunitário de Saúde

Em pesquisa realizada pelo Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a Estratégia de Saúde da Família foi considerada pelos brasileiros o melhor serviço do SUS (MONTEIRO e PREVITALI, 2011). Esse resultado é reflexo de um trabalho de continuidade do cuidado no território, mediado por uma categoria de profissionais únicos na sociedade brasileira. Profissionais responsáveis por efetivar o elo entre o saber biomédico e as demandas do território a que está inserido; por levar as necessidades comunitárias, atreladas ao saber popular, servindo de porta-voz da população; enfim, por possibilitar que a comunidade seja contemplada, de forma autêntica, com a resolução – ou, pelo menos, detecção – das suas problemáticas (NASCIMENTO e CORREA, 2008). Esses motivos conferem ao ACS um caráter de extrema importância para a

consolidação da atenção básica preconizada pelo SUS na saúde pública (MONTEIRO e PREVITALI, 2011).

Levando em consideração a importância do ACS, somos impelidos a refletir quanto à necessidade de uma formação eficiente e integral, que contemple a esses profissionais as capacidades para entender tanto as demandas físicas, quanto às demandas subjetivas do ser sob seus cuidados.

A atual estrutura de capacitação do Agente Comunitário é fruto de um histórico de desvalorização. Desde que essa categoria profissional surgiu no âmbito do SUS – em 1986, através do Programa de Interiorização das ações de Saúde (PIAS), no Ceará –, reconhecemos sua luta para a construção de sua identidade profissional (MONTEIRO e PREVITALI, 2011).

A singularidade do ACS reside no fato deste profissional conferir uma via de mão dupla para o serviço de saúde e a comunidade, já que, ao mesmo tempo em que é o profissional que possibilita o acesso do usuário ao serviço de saúde, também é morador da comunidade e garante a atenção devida às demandas do território (NASCIMENTO e CORREA, 2008). Por ser um profissional que, acima de qualquer outra qualificação, é alvo das mesmas mazelas que seu assistido, sua incorporação no sistema como um real profissional da saúde se fez com tanta resistência (MONTEIRO e PREVITALI, 2011).

A organização dos Agentes Comunitários de Saúde fortaleceu suas aspirações quanto ao seu reconhecimento e garantia de seus direitos trabalhistas. O potencial do ACS foi reconhecido como o efetivador do vínculo e garantidor de um cuidado integral. Isso propiciou a publicação do Decreto Federal n° 3.189/99, que fixou as diretrizes para o exercício da atividade de ACS e, posteriormente, a elaboração da Lei Federal N. º 10.507 em 10 de julho de 2.002 que criou a Profissão de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004; BARROS et al, 2010; MONTEIRO e PREVITALI, 2011).

Com o objetivo de estabelecer uma formação adequada a esse profissional, o Ministério da Saúde propôs uma capacitação baseada na Formação Técnica em Itinerário (FORTI-SUS). Neste molde, a habilitação

técnica é realizada através de um percurso/itinerário formativo pré-estabelecido, mas que respeita as especificidades locais de atuação. Além disso, a progressão do profissional neste percurso se dá de forma concomitante à elevação da sua escolaridade. Nota-se, aí, uma preocupação em tornar o indivíduo cada vez mais capacitado a atuar na sociedade (BRASIL, 2004).

Contudo, a elevação desse profissional a um nível técnico cada vez maior gera uma preocupação em torno da elevação dos gastos na saúde com os salários desses trabalhadores. Sendo assim, nota-se que "*não tem sido possível garantir integralmente a formação técnica no âmbito da política de gestão do trabalho em saúde, em nível nacional*" (BORNSTEIN et al, 2009, p.95). Dessa forma, a formação do ACS se resume a um treinamento de poucas horas que não lhes confere autonomia e compreensão do processo de trabalho em que se inserem (MONTEIRO e PREVITALI, 2011).

Faz parte das atribuições do Agente Comunitário de Saúde "*desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente*" (Art. 1º do Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999). Com a atual conformação formativa do ACS, não se pode oferecer o substrato necessário à sua capacitação para tais atividades educadoras, já que, ao levar informações sobre prevenção e promoção da saúde, o ACS torna-se referência na comunidade para a veiculação dos conhecimentos técnico-científicos biomédicos. Essa incapacidade do agente no que diz respeito à uma resolutividade que ele deveria ter, gera um sentimento de impotência que tem reflexos em toda a equipe multiprofissional, uma vez que uma frustração comunitária se apresenta quando esta não consegue atendimento de saúde condizente com as suas necessidades (BRASIL, 2004).

Ao mesmo tempo, é necessário que seja desenvolvida no ACS a capacidade de análise crítica e reflexiva às problemáticas que a ele são trazidas. Uma capacitação meramente transmissora consegue formar pessoas para aplicar conhecimentos em questões generalistas e desenvolver práticas específicas. No entanto, esta formação torna-se obsoleta quando o profissional

está inserido num território que sofre constantes mudanças, onde estão presentes uma série de especificidades situacionais das quais ele precisa ter poder de resolução. Este profissional deve ser capaz de ir além da adaptação à realidade vivenciada, ele deve ser capaz de transformar essa realidade (NASCIMENTO e CORREA, 2008).

É por toda essa carga de importantes atribuições que a formação do ACS deve se dar de forma a dilatar a sua percepção para além da perspectiva biomédica, como mero profissional da saúde e para além de seu papel como mero morador, permitindo que este profissional entenda, com visão ampla e crítica, toda a questão do processo saúde-doença diante da realidade cotidiana das famílias que lhe são assistidas (NUNES et al, 2002).

2.5. Acolhimento: diferentes noções e aplicações

O Acolhimento se caracteriza como um modo de agir e consiste na oferta de escuta humanizada, que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito, ou seja, a escuta é direcionada para além da demanda apresentada pelo usuário. Não está restrito a um espaço ou local, e os serviços devem desenvolver estratégia de acolhimento em todas as fases do processo de cuidado, proporcionando espaços de trocas, escuta, de compartilhamento de necessidades, possibilidades e manifestação de desejos e angustias. Deve ser entendido como uma postura ética, facilitando o processo de cuidado do usuário (BRASIL, 2009; PINTO, 2012).

A Política Nacional de Humanização (PNH), 2004, foi uma resposta às evidências do despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a dimensão subjetiva do cuidado, juntamente com a persistência de modelos de gestão centralizados e verticais, elaborada para atuar de forma transversal em todos os serviços do SUS. Esta política foi desenvolvida na perspectiva de superar os desafios apontados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde, qualificar o SUS, estabelecer suas diretrizes na prática e enfrentar problemas de gestão e organização em saúde. Entende

humanização como *"a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores"*. Sua implantação deve basear-se nos princípios da transversalidade, qualificando a comunicação no sistema; indissociabilidade entre atenção e gestão, garantindo a integralidade do cuidado; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos (BRASIL, 2004; PASCHE et al, 2011; PINTO, 2012; SCHOLZE et al, 2009).

Ainda segundo a PNH (2004), "*o acolhimento é uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário (...), reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde"* (BRASIL, 2004).

O acolhimento é uma das diretrizes da PNH compreende desde a recepção do usuário até a atenção resolutiva aos seus problemas, e na APS tem se tornado sua face mais visível, pois pode determinar no acesso dos usuários uma mudança no processo de trabalho, com o objetivo de atender todos aqueles que buscarem o serviço de saúde. Ainda segundo a PNH (BRASIL, 2004, p. 11):

> Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida.

Dessa forma, o princípio da universalidade é estabelecido de forma qualitativa devido à inclusão de toda a equipe de saúde no processo de atenção, aproveitando a capacidade clínica de profissionais que antes serviam de intermediários para a consulta médica, incluindo a enfermagem. A criação de espaços no serviço de saúde que permitam uma escuta qualificada, conduzindo à responsabilização pelo problema do usuário e dando-lhe uma

resposta adequada é a missão de todos os profissionais de saúde envolvidos nesse processo (PINTO, 2012; SCHOLZE et al, 2009).

Segundo Scholze et al (2009):

> o acolhimento constitui-se em um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado envolvidas nas ações dos profissionais de saúde, porém esse potencial pode ser restringido pelo contexto prático no qual o acolhimento será estabelecido.

Nas unidades em que foi entendido como postura, buscando dar resposta às necessidades do usuário, mesmo que não clínicas, percebeu-se ampliação na resolutividade dos profissionais de saúde não-médicos. Esse tipo de atendimento é capaz de gerar vínculo, satisfação e segurança, sendo fruto de um atendimento baseado na escuta e no bom desempenho dos profissionais (SCHOLZE et al, 2009).

A implantação do acolhimento depende de entendê-lo concomitantemente como postura dos profissionais e como técnica, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso dos usuários. Uma implantação participativa do processo, com colegiados locais e o apoio de gestores do nível central, possibilita um aumento quantitativo do rendimento dos profissionais envolvidos e faz com que estes percebam uma maior qualificação no seu trabalho e na produção do cuidado, qualificando o vínculo com a comunidade e fortalecendo as equipes por meio da educação permanente (STARFIELD, 2002). Segundo Franco et al (1999), o vínculo deve ser compreendido como um relação longitudinal, pessoal intransferível e calorosa que se coloca como elemento do processo de cuidado, que a partir do acolhimento reorganiza o processo de trabalho e o funcionamento do serviço, garantindo um atendimento baseado nos princípios da humanização (PINTO, 2012).

A redução da demanda reprimida na rede básica se caracteriza como a maior potencialidade das experiências do Acolhimento na APS. Porém, o acolhimento também pode ser explorado pelo enfoque de uma tecnologia do encontro trabalhador/usuário que, se adequada, permite desencadear um processo de mudança nas práticas de saúde, direcionando-as a partir das

tecnologias leves, segundo Merhy (1997), a tecnologia das relações que perpassa os processos de acolhimento, vinculo e atenção integral (SCHOLZE et al, 2009).

O acolhimento se expressa na relação que se estabelece entre o usuário e o profissional que o atende, e é a primeira ação a ser realizada por toda equipe ao receber a pessoa que procura cuidado de saúde. Como tecnologia leve, direciona o estabelecimento de estratégias de atendimento, que envolve trabalhadores, gestores e usuários, tendo em vistas as necessidades sentidas pelos usuários e o trabalho para resolução de suas reais exigências de saúde (COELHO e JORGE, 2009).

A PNH traz o acolhimento como um modo de produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo e garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. O acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre um espaço de escuta e uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário (BRASIL, 2006).

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção do vínculo, possibilitando avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores em defesa do SUS, contribuindo para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Franco et al (1999), o acolhimento propõe que o serviço de saúde se organize de forma usuário-centrada, ou seja, invertendo a lógica da organização, partindo de três princípios: a. garantir acessibilidade universal, atendendo todas as pessoas que buscam os serviços de saúde; b. reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, encarregada da escuta do usuário e comprometida em resolver seu problema de saúde*; e c. qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania.

*Segundo Starfield (2002), acesso e acessibilidade têm significados complementares. A acessibilidade permite que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso possibilita o uso oportuno dos serviços para alcançar melhores resultados.

O acolhimento assume grande importância na APS, pois assume como referência algumas de suas características: porta de entrada, integração aos demais níveis de atenção e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002). Sendo assim, acolher não significa resolver completamente os problemas referidos pelo usuário, mas o cuidado dispensado na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação de necessidades, tanto individuais quanto coletivas, e a sua transformação em objetos de ações em saúde (FRACOLLI et al, 2003).

O acolhimento permite o conhecimento da demanda, contribui para o estabelecimento do fluxo dos usuários dentro das unidades de saúde, possibilita a atuação tendo em vistas as linhas de cuidado existentes, estabelece novas linhas de cuidado, favorecendo com isso a organização do processo de trabalho. No entanto, para se tornar uma tecnologia que contribua com o processo de trabalho, precisa ser utilizado como ferramenta por todos os profissionais de saúde em todos os setores de atendimento da unidade (FRACOLLI et al, 2003).

Segundo Matumoto (1998), o acolhimento configura um momento tecnológico que não se limita apenas ao ato de receber, sendo composto por uma sequência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho.

Portanto, o acolhimento deve ser entendido como um dispositivo potente para garantir o acesso, propiciar vínculo entre população e equipe de saúde, profissional e usuário, desencadear o cuidado integral, questionar o processo de trabalho e modificar a clínica (PINTO, 2012).

O estabelecimento de estratégias para aprimorar as ações de saúde da APS como a implementação de espaço físico com ambiente acolhedor e o treinamento dos trabalhadores da saúde no sentido de humanizar a atenção, baseado na tecnologia das relações, são necessários para promover as atividades de acolhimento, fazendo valer os princípios do SUS (COELHO e JORGE, 2009).

O acolhimento como forma de garantir acesso do usuário e tentativa de identificar suas necessidades e de saber o modo de melhor resolvê-las, o

fornecimento de informação adequada por parte do serviço de saúde e a garantia de consulta mediante necessidade, agendamento e retorno (COELHO e JORGE, 2009).

A concretização do acolhimento ocorre no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a resolutividade do serviço, incluindo a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível encaminhar, de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário, sendo a unidade de APS a responsável pela coordenação do cuidado desse usuário (BRASIL, 2004).

De acordo com Teixeira (2005) há determinadas características da APS que conferem especial relevância à proposta de humanização: extensão e capilaridade da rede de serviços de APS e sua atuação referida aos problemas de saúde mais prevalentes, que permeiam entre os “problemas da vida” e a “patologia”. Desta última característica decorrem duas outras fundamentais: a importância das tecnologias das relações que facilitam a identificação, elaboração e negociação com os usuários de suas necessidades; e a importância da ação multiprofissional e da articulação intersetorial, tendo em vista que muitas demandas sociais acabam por se traduzir em demandas de saúde.

Nessa missão singular que foi dada aos ACS do Rio de Janeiro, nosso estudo de suas funções e atribuições no seu cotidiano tentará perceber quais são os sentimentos e as reações que essa nova tarefa desencadeia nesse profissional de saúde que hora é parte da comunidade, hora parte da equipe.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção pelos ACS da área programática (AP) 2.2. sobre a sua atuação na recepção de uma unidade de saúde da família.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a compreensão dos ACS sobre sua atuação na recepção da unidade de atenção primária à saúde como acolhimento.
- Descrever as potencialidades e dificuldades para o acolhimento aos usuários no exercício dos ACS na recepção da unidade de atenção primária estudada.
- Observar como os ACS organizam o acesso dos usuários à assistência em saúde.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Dada à abrangência do estudo que tem como proposição a análise da percepção do Agente Comunitário de Saúde sobre seu trabalho na porta de entrada das Unidades de Atenção Primária, optou-se por um estudo descritivo e exploratório, com abordagem na pesquisa qualitativa.

O estudo é considerado como exploratório, pois objetiva maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais claro ou a constituir hipóteses; e descritivo e analítico, pois tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2002).

Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, se ocupando, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Assim, trabalha com um universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. O universo da produção humana que pode resumir-se no mundo das relações, das representações e da intencionalidade dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores, sendo então objeto da pesquisa qualitativa. A abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados, em um nível de realidade não visível, que precisa ser exposta e interpretada pelos próprios pesquisadores.

As características básicas da pesquisa qualitativa são cinco: 1. Tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e seu principal instrumento é o pesquisador; 2. Os dados coletados são predominantemente descritivos; 3. A maior preocupação é com o processo, e não com o produto; 4. Os focos de atenção especial do pesquisador são o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida; 5. A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo. Essas são características gerais, podendo, a pesquisa qualitativa, assumir diversas formas (LUDKE e ANDRE, 1986).

A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas e permite ao informante discorrer sobre suas experiências a partir do tema proposto pelo pesquisador. As questões elaboradas para a entrevista consideram o embasamento teórico da investigação e as informações que o pesquisador recolheu sobre o fenômeno social (Triviños, 1987).

A escolha desta técnica visa identificar, através da fala, das percepções e subjetividades dos sujeitos, elementos que forneçam subsídios para uma análise das mudanças ocorridas no processo de trabalho após a inserção dos ACS na porta de entrada das unidades de APS do município do Rio de Janeiro, sendo esses os responsáveis pela recepção dos usuários.

A análise do conteúdo foi realizada através da construção de categorias temáticas obtidas através dos dados por possibilitar a descrição e a explicação de um pensamento (Minayo, 2004). Este método permite a compreensão da realidade através do conteúdo exposto e oculto, em busca da objetivação do conhecimento.

A partir da análise dos dados, procurou-se identificar o conteúdo manifesto e o implícito com a intenção de compreender o objeto de estudo em uma dimensão dinâmica e reflexiva a respeito do papel do agente comunitário de saúde na recepção das unidades de atenção primária e suas percepções sobre esse processo de trabalho.

4.2. **CENÁRIO**

A Área de Planejamento de Saúde 2.2 (AP 2.2) fica localizada na zona norte do município do Rio de Janeiro. Abrange 7 bairros: Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú, que totalizavam até o último Censo Demográfico do IBGE (201), 371.120 habitantes (sendo 163.603 homens e 207.517 mulheres), 634 setores censitários, e uma área de 55,2 Km^2. Isto significa uma densidade demográfica de 6.727,22 habitantes/Km^2.

Em 2013, a AP selecionada possuía em seu território 7 Centros Municipais de Saúde (CMS), 1 Policlínica, 1 Centro Municipal de Reabilitação (CMR) e 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). Dos 7 CMS, 3 funcionavam como unidade módulo B (Unidades Mistas onde somente parte da do território é coberto por equipes de Saúde da Família) e 4 como unidades módulo A (Unidades onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família).

Inicialmente pensou-se em 2 das 4 unidades de APS do tipo A, por entender que nas unidades onde os modelos funcionam em paralelo, existem duas modalidades de porta de entrada, uma composta pelos ACS, que recebem os usuários do território adscrito da ESF, e a outra, composta pelos funcionários administrativos do modelo tradicional, que recebem os usuários da área não adscrita a ESF, mas pertencente a área de abrangência da unidade. Porém devido a dificuldade com o tempo e também devido a dificuldades no processo de trabalho de uma das unidades escolhidas, o estudo foi realizado em apenas uma unidade do tipo A da AP 2.2.

A unidade escolhida foi: o CMS Parque Vila (CMS PV). Essa unidade foi escolhida por contar com o trabalho dos ACS desde 2004 e também devido a facilidade de contato com tal unidade.

O CMS Parque Vila Isabel possui ESF desde 2004 e está localizado atrás do antigo jardim zoológico de Vila Isabel, abrange 3 comunidades próximas: Parque Vila Isabel, Pau da Bandeira e parte do Morro dos Macacos. O território foi dividido em 3 equipes de Saúde da Família: Equipe Martinho da Vila, Equipe Noel Rosa e Equipe Popular, com 11359 pessoas cadastradas no prontuário eletrônico (figura 1). Cada equipe é composta por 6 agentes comunitário de saúde, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, 1 médico. Além desses profissionais, a unidade conta com um gerente de serviços de saúde e 3 auxiliares administrativos.

Figura 1 – Mapa da área de abrangência do CMS Parque Vila

https://lh4.googleusercontent.com/-N1GahUbjGS4/TYdgif-7vzI/AAAAAAAAAAw/rtRxQWU0xQE/s1600/PARQUE_VILA_ISABEL.jpg

4.3. SUJEITOS DO ESTUDO

Todos os 18 agentes comunitários de saúde aceitaram participar do estudo em questão. As entrevistas foram realizadas nos turnos de reunião de cada equipe, por sugestão do gerente de serviços da unidade, pois segundo o mesmo nesse dia estariam todos da equipe e não prejudicaria o processo de trabalho das equipes.

Foram três tardes de entrevistas e os critérios para inclusão no estudo eram: ser ACS de uma das três equipes da unidade estudada e tempo de prática na profissão superior a seis meses. Todos os 18 ACS foram considerados aptos a participar do estudo por preencherem os critérios de inclusão.

4.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Considerando os referenciais básicos da bioética, este estudo buscou primordialmente garantir o respeito ao sujeito da pesquisa, minimizando

possíveis danos que possam ser causados à sua dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.

Nesta pesquisa, os ACS, bem como os outros profissionais das equipes foram informados sobre o tema, os objetivos do estudo e confidencialidade dos dados mediante um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo voluntária e de livre escolha sua participação de acordo com o princípio da autonomia. Esta consiste numa forma de transpor o possível risco de constrangimento que os ACS podem ser submetidos por estar sendo entrevistados.

O trabalho foi apresentado às equipes escolhidas durante uma reunião com o gerente e todos os ACS da unidade.

Acredita-se haver um benefício após a conclusão do estudo, já que os resultados serão devolvidos para as equipes que poderão refletir sobre seus processos de trabalho, e aprimorá-lo, caso julguem necessário.

As diretrizes para pesquisa com seres humanos foram consideradas para proteção dos direitos dos sujeitos da pesquisa, conforme aspectos éticos determinados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

Foram garantidos o sigilo e a privacidade dos sujeitos e das equipes em relação aos dados confidenciais.

Na publicação dos resultados está garantido o anonimato, e para isso serão utilizados numeração para os sujeitos da pesquisa, de 001 a 006, bem como para as equipes (numeradas de 001, 002 e 003). Após o término do estudo, as informações ficarão guardadas com a pesquisadora, armazenadas de forma segura e protegidas contra revelação não autorizada.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) através do parecer número 749.469.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. O PERFIL DOS ENTREVISTADOS

No presente estudo, dos 18 ACS entrevistados, a maioria é do sexo feminino (88,9%), confirmando o que foi identificado nos demais estudos analisados sobre o perfil dos ACS em diversas localidades do Brasil (BARCELLOS et al, 2006; LARA et al, 2012; SALIBA et al, 2011; SANTOS et al, 2008; SANTOS et al, 2011).

Sexo	%
Feminino	88,9%
Masculino	11,1%

Tabela 1. Percentual de ACS segundo o sexo

Foi constatado que 100% dos ACS encontram-se dentro da faixa etária proposta, com distribuição igual entre 20-29 anos e 30-39 anos (22,22%), maioria entre 40-49 anos (38,9%) e o restante (16,7%) entre 50-59 anos (BARCELLOS et al, 2006; SALIBA et al, 2011; SANTOS et al, 2008; SANTOS et al, 2011).

Faixa Etária	**%**
20-29 anos	22,22%
30-39 anos	22,22%
40-49 anos	38,9%
50-59 anos	16,7%

Tabela 2. Percentual de ACS segundo a faixa etária

O percentual de maiores de 50 anos nesse estudo foi maior do que nos estudos avaliados, muito provavelmente porque dos 3 entrevistados maiores de 50 anos, 2 já estão na unidade há 10 anos, aumentando assim a faixa etária

dos profissionais da unidade, visto que o tempo de permanência no serviço é longo.

Em relação à escolaridade, apenas um entrevistado não respondeu essa pergunta, os demais, todos tinham ensino médio completo e, desses, cinco estão cursando o ensino superior. Os resultados encontrados não diferem da maioria dos estudos analisados, onde em torno de 60% dos ACS possuem ensino médio completo e 15 a 30% estão cursando alguma faculdade (BRASIL, 2005; SALIBA et al, 2011; SANTOS et al, 2008; SANTOS et al, 2011).

Escolaridade	%
Ensino médio completo	66,7%
Ensino superior incompleto (cursando)	27,8%
Sem informação	5,5%

Tabela 3. Percentual de ACS segundo a escolaridade

Com relação ao estado civil, 50% da população estudada declarou-se solteira, 44,45% informou estar numa relação estável e 5,55% declarou ser divorciada.

Ainda em relação à situação familiar, quando questionado sobre a quantidade de filhos, 4 entrevistados (22,22%) declararam não possuir filhos e dos 14 entrevistados (77,78%) que declararam ser pais, 71,4% têm entre 1 e 2 filhos. Apenas 1 declarou ter filhos, mas não informou a quantidade.

Número de filhos	%
Nenhum	22,2%
1-2 filhos	55,5%
> 3 filhos	16,6%

Tabela 4. Percentual de ACS segundo o número de filhos

Em relação ao perfil religioso, a grande maioria declarou-se evangélico (77,8%) e o restante (22,2%) declarou-se católico, sendo que um desses disse ser católico, mas no momento, estava frequentando a igreja evangélica. Não houve outra religião informada pelos participantes da pesquisa.

O tempo de serviço como ACS nesta unidade variou de 6 meses (1 entrevistado) a 10 anos (3 entrevistados), sendo que a maioria tinha entre 3 a 6 anos de trabalho no mesmo local (11 entrevistados – 61,11%).

As principais motivações para trabalhar como ACS descritas foram: oportunidade de emprego, ser perto do local de residência e ajudar as pessoas ou a melhorar a comunidade. O estudo realizado em 10 centros urbanos pela FIOCRUZ (2003) encontrou que os profissionais da ESF compartilham a ideia de que a ESF pode reorganizar a saúde, transformando o modelo assistencial, sendo esse e a oportunidade de emprego, os principais motivos para trabalhar na mesma. Os resultados encontrados na pesquisa do Projeto Qualis (DALMASO e SILVA, 2002, FIOCRUZ) também corroboram para os encontrados neste estudo (BRASIL, 2005; SILVA e DALMASO, 2002).

Todos declararam ter realizado processo seletivo para entrar na unidade. Os pré-requisitos, no município do Rio de Janeiro, para participar do processo de seleção são ter ensino médio completo como escolaridade mínima e residir na área de abrangência da unidade de saúde que irá trabalhar. A forma de vínculo é através de contrato com carteira assinada pelas organizações sociais de saúde (OSS), que são instituições privadas, sem fins lucrativos para administração pública. A forma de contratação gera conflitos e angustias, pois a cada término de contrato com uma OSS e início com outra, todos são demitidos e readmitidos, tornando o vínculo precário e sujeito as mudanças contratuais e, muitas vezes, ao não pagamento dos direitos trabalhistas ao término do contrato. Cabe aqui informar que a contratação para trabalho por meio de OSS é considerada indireta, assim como a terceirização e as contratações realizadas por cooperativas, organizações civis de interesse público (Oscips), entidades filantrópicas e fundações privadas. Todas essas modalidades de contratação contrariam os preceitos da Constituição Federal (art. 6º), colocam em desconforto e insegurança trabalhista os profissionais que

prestam serviços a população e provocam um processo de precarização do trabalho no SUS e redução dos postos de trabalho na administração pública (ASSUNÇÃO e BRITO, 2011).

Em especial a AP 2.2, e o grupo de ACS com mais de 4 anos de casa, estavam vivenciando a angustia da troca de OSS que ocorreria no início de 2015 e lembravam da última OSS que havia sido penalizada pela Prefeitura do Rio de Janeiro com a quebra de contrato por não cumpri-lo e os profissionais de saúde da área ficaram meses sem receber seus salários, e não tiveram todos os direitos trabalhistas cumpridos por seu contratante. Portanto, a flexibilização dos vínculos de trabalho na administração pública permitida pela Emenda Constitucional n. 19/98 trouxe como consequência a fragilização das relações de trabalho no SUS produzindo efeito deletério, por comprometer a dedicação dos trabalhadores ao gerar ampliação da rotatividade e insatisfação profissional (ASSUNÇÃO e BRITO, 2011).

5.2. O COTIDIANO DA RECEPÇÃO

O local de trabalho

O improviso e a precariedade nas instalações das unidades de APS e as deficiências no ambiente físico são justificados pela ausência de recursos imediatos para sustentar o novo modelo hierarquizado e descentralizado de assistência à saúde (ASSUNÇÃO E BRITO, 2011, p. 49). Podemos observar nas falas abaixo que tal realidade ainda faz parte de algumas unidades de APS no município do Rio de Janeiro, inclusive na unidade estudada.

> *"Hoje em dia está, bom, o acolhimento da nossa unidade é muito complicado, porque é muito pequeno e muito quente. A gente não tem um bom espaço físico, então os pacientes ficam lá fora e como está muito calor, os pacientes ficam muito estressados e isso também estressa muito a gente. (...) estressa o acolhimento. Eu acho que é por que é muito pequeno, acho que se fosse um espaço maior, eu acho que seria melhor." 001-003*

“nosso acolhimento aqui é bem estressante, barulho de ventilador, pessoas falando, isso aí é bem estressante.” 001-001

De fato, na unidade em questão, o espaço da recepção era bem pequeno não comportando três mesas com computador, um por equipe, como preconizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Sendo assim, existiam duas mesas com computador e o terceiro ACS ficava com a função do “posso ajudar?”. Não havia sala de espera, e os pacientes ficavam em bancos embaixo de uma tenda de plástico do lado de fora da unidade. As entrevistas foram realizadas durante o verão e pude observar o quanto era desconfortável esperar do lado de fora e embaixo de uma tenda de plástico devido às altas temperaturas. Além disso, nos dias de chuva, a cobertura improvisada não suportava proteger a todos que esperavam atendimento.

Porém, todos estavam muito satisfeitos e na expectativa, pois após cinco anos de espera, a nova unidade finalmente inauguraria e eles iriam para um novo espaço, próximo ao antigo, com mais estrutura, dando fim a essa situação de improviso vivida pelos profissionais de saúde e usuários da unidade.

O trabalho burocrático e as cobranças

Ao chegar à unidade o usuário deve se direcionar direto ao balcão de acolhimento e reportar ao ACS ali presente qual o motivo da procura pela unidade. Os motivos podem ser diversos, incluindo a realização de vacinas, busca de medicamentos, renovação de receita, aparecimento de sinais e sintomas, entre outras. Cada um desses motivos exige uma escuta atenta para que o usuário tenha sua demanda atendida e para que não ocorram maus atendimentos, como podemos verificar na fala a seguir. Na unidade estudada, não havia espaço para um agente de cada equipe ficar, então o trabalho foi dividido da seguinte forma: dois ACS nos balcões de acolhimento, utilizando o computador para informar quem havia chegado para consulta agendada ou necessitava de consulta de livre demanda ou algum outro procedimento técnico, e um ACS com a vestimenta do posso ajudar, que ficava circulando

entre os usuários e abordava cada um dos que chegava a unidade, buscava exames laboratoriais, entre outras atividades que exigiam maior movimentação.

> *"Às vezes a pessoa que chega no acolhimento ela não está muito certa do que ela quer, então é necessário ter uma escuta pra você entender e poder direcionar a pessoa da forma correta. Às vezes acontece, não só aqui dentro do posto, mas também no hospital, mas as vezes eu quero uma coisa e sou direcionada pras outras, porque não tem essa escuta, é muito assim no automático. Ah, eu acho que quero isso, então te mandam pra lá e você que não é nada daquilo." 003-001*

O trabalho da recepção é descrito pelos ACS de forma automática e burocrática como pode ser visto nas falas abaixo.

> *"Eu chego, bato o ponto. A gente vê pessoal que vai pra coleta, pego o nome daquele que vai para o acolhimento, pra consulta. A gente escreve tudo direitinho, coloca no sistema e fica lá aguardando pra ver se tem alguém passando mal, se tem alguém com febre pra colocar na frente, na classificação, e fica aguardando, vendo no sistema. Basicamente isso." 001-004*

> *"Eu chego ligo o computador, organizo as folhas, organizamos a fila, o pessoal que vai pra coleta, o pessoal que vai pra consulta, a ordem das pessoas, separamos tudo. Colocamos no sistema pros médicos, pros enfermeiros." 003-004*

Essas novas relações com o trabalho e as exigências burocráticas (documentação – CPF e DNV; área de abrangência, entre outras) impostas pela atual gestão, geram conflitos inerentes a esse profissional, que foi treinado e capacitado para atuar baseado nos princípios do SUS, apresentado na fala abaixo pelo ACS 003-006.

> *"No modo geral, assim eu gosto de estar no acolhimento. Sendo que em algumas situações eu me sinto impotente, porque está tendo muita exigência. Questão de documentação, questão de DNV das crianças. Não pode, tem que tá cadastrado pra ser atendido. Por exemplo, alguém chega com febre e alguém pergunta: Tá cadastrado? Tem documento? Tem aquilo tudo? Aí, se a pessoa não tem, fala de repente que não pode ser atendido, ou ás vezes não é da área, tem que procurar a unidade mais próxima, entendeu? Então isso foge totalmente muito dos direitos do SUS, e eu me*

sinto numa situação assim muito impotente, não posso fazer nada, entendeu?" 003-006

Merhy (1994) afirma que uma das traduções do acolhimento é a relação acolhedora entre os diferentes tipos de usuários que buscam o serviço e os trabalhadores na busca de constituir uma relação mais humanizada nos serviços de saúde, porém essas novas exigências dificultam e prejudicam o acesso, influindo diretamente sobre o vínculo, ferindo um dos princípios do acolhimento, que segundo Franco et al (1999) é a garantia do acesso universal (GOMES e PINHEIRO, 2005).

O excesso de cobranças pelos gestores e pelos supervisores diretos (enfermeiros e gerentes) gera reclamações entre os ACS e muitos questionam que o número de turnos dentro da unidade para serviços burocráticos prejudica o principal trabalho: a atividade de campo. A regulamentação da profissão, através da lei 11.350 de 2006, coloca como funções as ações preventivas, visitas domiciliares e/ou comunitárias sob a supervisão de gestores em saúde. Porém, o que se observa é o ACS cada vez mais dentro da unidade realizando diversas atividades que não competem só a essa categoria profissional e que, muitas vezes as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças ficam em segundo plano.

"Assim pro meu trabalho trouxe mais atribuições. Porque eu acho assim, que o agente comunitário trabalha com prevenção e promoção. Aí começaram atribuições que eu acho que não são muito cabíveis para o agente comunitário." 002-003

"Ah, pra mim sinceramente. É questão de politicagem, porque assim. Mudou muita coisa, até tinha aquela visão. Poxa que legal, médico na casa, vai ajudar, aquela coisa toda. Mas depois a coisa começou a ficar meio que diferente, a mudar, muita exigência, muito trabalho burocrático que nós temos aqui. Às vezes eu falo: Gente, as vezes eu me sinto mais um auxiliar administrativo do que um agente de saúde! Eu não tenho mais aquele tempo de ficar na casa de uma cliente minha, conversando e ir pra outra, eu não tenho mais isso! Porque o tempo que me resta eu tenho que vir botar tudo no computador, porque é isso que nos cobram! Variável! Hoje em dia é só variável, entendeu?" 003-006

Queirós e Lima (2012), durante pesquisa sobre a institucionalização do trabalho do ACS, observaram como o trabalho desse profissional tem sofrido modificações pela ordem dominante "*através dos desvios de função, como marcação de consulta, recepção, entre outras atividades*" (QUEIRÓS e LIMA, 2012, p.277).

> *"Olha, sempre fizemos, o que mudou é que bem no começo o ACS não fazia essa parte bolsa família, foram acrescidas algumas funções, que eu não vou mentir, existem situações que a gente acredita que não vai conseguir fazer." 001-005*

A existência de tensão nas equipes de saúde da família para alcance de metas e resultados foi demonstrada por Oliveira Junior (2012) ao estudar o processo de trabalho dos ACS no município do Rio de Janeiro. E, em relação especificamente aos ACS, a pressão está mais voltada para o cumprimento das metas de visitas domiciliares, tornando "*essa prática de contatos cada vez mais breve, de caráter prescritivo e de vigilância, abreviando os diálogos pela falta de tempo e anulando os espaços de escuta e acolhimento*" (OLIVEIRA JUNIOR, 2012, p.99). Carneiro e Martins (2015) encontraram que a lógica da produtividade e o tempo disponível para a realização das ações influenciam na forma de atuação junto à população, mostrando que parece haver um afastamento do foco do trabalho do ACS das necessidades de saúde da população. Os dados encontrados em nossa pesquisa corroboram para esses fatos (CARNEIRO e MARTINS, 2015; OLIVEIRA JUNIOR, 2012; QUEIRÓS e LIMA, 2012).

> *"Quando entrei aqui tava na época... desse processo de... mais papéis a cada dia que passa. Você entregou uma de planilha de bolsa família, daqui a pouco vem de preventivo, de SUS, CPF. E esses trabalhos são internos, eu já entrei nesse ritmo, mas as pessoas mais antigas dizem que tinham mais tempo de ficar lá fora fazendo as visistas domiciliares." 001-006*

A fala acima evidencia o acúmulo de funções que ocorre com a categoria profissional desde 2002 com a edição da lei n 10.507 de 10 de julho do mesmo ano. Ela torna o ACS parte da equipe de saúde, sendo co-participe das demandas da comunidade, por ser um sujeito híbrido, pois é formado a

partir de referenciais biomédicos e convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha (NUNES et al, 2002). Inicialmente responsáveis por ações relacionadas à saúde materno-infantil, outras demandas passam a serem incorporadas no seu dia-a-dia, como as ações programáticas, as epidemias entre outros.

> *"É por que perde um pouco do rendimento, porque a gente é cobrado por números. A gente perde uma parte do tempo digitando colocando dados, fora as outras coisas que pedem para a gente sem necessidade, número disso, número daquilo, número daquilo, coisas que já tem no vitacare© (prontuário eletrônico) que a gente tem que levantar aqueles dados várias vezes, eu acho que isso é chato" 001-003*

A angústia frente à impotência no enfrentamento das situações de doença

São várias as angústias relatas pelos ACS quando se encontram na recepção das unidades de atenção primária. Nessa subcategoria trabalharemos algumas, pois as demais serão trabalhadas mais abaixo na categoria temática as diferenças do trabalho na microárea e na recepção.

As falas abaixo demonstram que a partir do momento que existe alguma ruptura no processo de cuidado da pessoa gera sentimentos como frustração e sensação de impotência, pois a solução não se encontra sob responsabilidade do ACS. Apesar de serem aspectos relacionados ao processo de trabalho e de não serem os responsáveis por tal fato, os ACS se sentem culpados, pois consideram que houve um afetamento no vínculo, ou seja, na relação de confiança com o seu usuário.

> *"Complicado, porque às vezes pessoas chegam e a gente não pode ajudar, muita dificuldade, a unidade tem muita dificuldade... e as pessoas chegam, e muitas vezes você não pode ajudar." 001-002*

> *"Não acontece só uma, mas várias vezes. Quando você consegue marcar uma consulta e quando ela chega aqui o médico foi embora, é muito negativo isso. Porque as pessoas depositam confiança em você, aí a pessoa vem lá de cima chega aqui e não tem médico. É frustrante." 001-006*

Na fala acima podemos observar como o ACS é muitas vezes reconhecido na comunidade como um facilitador de acesso e não como um profissional promotor de saúde (FERREIRA e SANTO, 2012; MARZARI et al, 2011). E, muitas vezes, o próprio ACS assume esse papel pelo fato de que muitos dos problemas encontrados por eles na área de atuação estão aquém da sua capacidade de resolução, nesse momento colocam-se como ouvintes, acolhendo a demanda e buscando resolvê-la utilizando os recursos disponíveis, inclusive a facilidade de acessar os profissionais da equipe técnica (MIALHE, 2011, p. 90-91). Durão et al, em 2011, afirmou que constantemente os usuários cobram dos ACS soluções para problemas que vão além da sua possibilidade de atuação, causando angústia pela dificuldade em estabelecer o distanciamento na relação (VIEIRA et al, 2011).

Ainda do discurso acima, aparece na fala como a falta do profissional médico causa sentimentos como frustração, desmotivação, impotência, menos valia, estresse, não só para os usuários, mas também para esses profissionais como demonstrados nas falas abaixo.

> *"É diferente, meio pesado, tem gente que tá com muito problema, aí passa aquela coisa pra você, aí acaba que não tem médico. Tem dia que parece que tem uma coisa te torturando." 001-006*

> *"É a medica não vir trabalhar e a consulta está marcada, ai a pessoa chega aqui já marcada um tempão, a pessoa te estressa, você fica estressada, porque a pessoa já está esperando a um tempão e chega aqui a profissional não veio, não avisou antes, isso me estressa muito! A sou muito calma eu, o que me estressa é isso ai, não ter o atendimento, eu não poder resolver a situação da pessoa." 001-001*

O trabalho em equipe é fator primordial da ESF. Cada um dos personagens envolvidos tem seu papel definido, porém, apesar das tentativas de reconstruir e modificar o modelo hegemônico médico-centrado, que influenciou a prática e a organização dos serviços de saúde no Brasil desde o século XX com o Relatório Flexner, o que observa no discurso é a manutenção do discurso que valoriza as ações médicas, em detrimento das outras categorias profissionais (JORGE et al, 2007).

Porém, quando se trabalha em equipe sabe-se que a falta de qualquer profissional desequilibra o processo de trabalho sobrecarregando o outro, não sendo diferente quando o profissional que falta é um ACS, um enfermeiro ou um médico. Há sobrecarga de trabalho e descontinuidade do cuidado da população atendida, prejudicando a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

> *"Falta profissional. Não tem todo mundo, as equipes não estão completas, nunca estiveram completas. Sempre faltou médico em alguma equipe ou enfermeiro ou técnico ou alguém." 003-005*

Outra situação angustiante encontrada nos discursos durante as entrevistas foi a violência, que ainda é muito presente e marcante nas comunidades do município do Rio de Janeiro. Além do medo decorrente desses episódios: *"E também a violência na comunidade também. Na quarta-feira deu tiro, a gente ficou com dificuldade de subir, eu já fiquei em fogo cruzado" (003-003),* a necessidade de prestar socorro às vítimas de violência, gera igualmente angústia.

Apesar da instalação das Unidades de Polícia Pacificadora em diversas comunidades do Rio de Janeiro, a violência ainda faz parte do dia-a-dia das equipes de ESF, ainda que em menor proporção. Gomes e Pinheiro (2005) ressaltam que é nesse "*cenário incompatível com cidadania e democracia*", que a equipe da ESF inicia e realiza seu trabalho (GOMES e PINHEIRO, 2005).

> *"Estressante é quando tem um conflito, alguma coisa que a gente não tá esperando. Como na última vez aí que o menino levou um tiro a gente tava na porta, todo mundo correu pra dentro não sabia o que, a gente tava ali sentado a gente tava ali na porta, a gente escutou o barulho e só viu a pessoa correndo. Ai daqui a pouco veio o menino no colo do moço, ai desceu direto pra ir pra clínica médica pra dar continuidade pro hospital da emergência. Tem coisa que tá acontecendo ali na porta aquele menino fica tão sabe, tem a visão lá fora (..)" 002-004*

> *"...um dia na porta e teve muito tiroteio o menino foi baleado ali na cabeça. A gente a pegou, eu peguei ele no colo. A gente foi no hospital, e mesmo assim as pessoas ficam: e aí vai continuar atendimento, não vai? Uma situação meio triste." 003-006*

Observa-se nos discursos acima que a violência ainda atrapalha o cotidiano desses profissionais, que por diversas vezes vivenciam situações de risco tanto dentro da unidade quanto no trabalho na área gerando sentimentos de insegurança e muitas vezes dificultando a fixação das demais categorias profissionais que não são obrigatoriamente moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

5.3. RECEBER OU ACOLHER? AS MÚLTIPLAS FACES DA RECEPÇÃO

O discurso ensaiado e suas contradições

*"**A gente dá aquele primeiro abraço na pessoa**, a gente chega atende e escuta a necessidade dela e passa adiante. É aquela escuta. A gente tenta captar a necessidade da pessoa de primeira." 001-004*

*"Eu tô numa área que até então era desconhecida, fiquei 3 anos dentro de uma área e tô numa área nova, então a exploração dessa área já é um acolhimento. Porque entro e vejo a situação da área, procuro entrar nas casas, buscar toda informação possível, ouço o que eles têm pra me dizer. Então pra mim isso já é acolhimento. Não só a aqui na porta da entrada. **Você já abraçou a família**, já ouviu os problemas, não ouve só os problemas, você também ouve coisas boas." 001-005*

Há quase uma unanimidade no discurso sobre acolhimento dos ACS. Acolhimento é sinônimo de uma escuta qualificada na tentativa de entender e "ajudar a resolver o problema apresentado".

"... quando a pessoa chega numa unidade, é você ser atencioso, você entender o que ele é... demonstrar interesse naquilo que ele está relatando naquele momento. Eu acho que é você entender o paciente, saber direcionar ele certo, ouvir o que ele está precisando nesse momento" 001-003

Cavalcante Filho et al (2009) encontrou em sua pesquisa que o modelo médico centrado e a visão da saúde enquanto mercadoria reforçam a valorização da especialização na saúde, da realização de exames e da

medicalização, desvalorizando o poder terapêutico e resolutivo o diálogo. Porém, o diálogo começa a ser percebido pelo ACS como ferramenta terapêutica. Quando conseguem entender o acolhimento como parte do processo de cuidado e ao se perceber como membro da equipe capaz de produzir saúde, empodera-se de suas funções e consegue ser resolutivo com a valorização do diálogo (CAVALCANTE FILHO et al, 2009).

> *"Acolhimento pra mim é escutar. Não é só o paciente entrar aqui e ser atendido e sair com uma receita. Eu estava no acolhimento e perguntei por que a pessoa estava aqui na unidade, o que ela desejava, eu ajudei ela pelo simples fato de ouvir ela, e ela nem precisou entrar aqui dentro no consultório para se consultar e sair com remédio. Às vezes é só uma explicação que você possa dá pra pessoa. Então acolhimento pra mim é escutar." 003-003*

O discurso praticamente unânime sobre o que é acolhimento, também é percebido nas falas abaixo.

> *"(...) ouvir a pessoa. A pessoa chegar até você e ouvir a pessoa, entender o que ela ta falando. É você direcionar. Como vou te dizer, direcionar ela pro caminho certo, pro caminho que ela tem que ir. você saber orientar ela como ela tem que fazer para conseguir aquilo. É caso você, se você não conseguir resolver aquela situação naquele momento, você não deixar ela sair da unidade sem uma resposta, sem uma solução. É você orientar, é você explicar para ela os procedimentos que ela tem que ser feito para que ela possa é resolver." 002-005*

> *"Acolhimento pra mim é uma escuta. É você escutar a pessoa, acolher a pessoa. É ter e dar retorno pra pessoa. A pessoa não pode sair sem um retorno. E acolhimento aqui é uma coisa que a gente trabalha desde quando o PSF foi colocado aqui. O acolhimento é assim, é aquele trabalho de formiguinha, por mais que você fale com o povo de que maneira que funciona, o povo demora a absorver aquilo." 002-003*

> *"É escutar, é olhar e/ou ouvir, é parar, acolher. Às vezes o usuário vem aqui, ele que sair com resposta quer ser acolhido, pra mim acolhimento e ouvir e direcionar... E o acolhimento pode ser feito em qualquer lugar." 003-002*

Franco et al (1999), coloca como função do serviço de saúde a função de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. Percebe-se que o discurso dos ACS é coincidente com o que é preconizado pelos formuladores e militantes do acolhimento. Isso nos leva a refletir sobre as noções transmitidas na formação e prática dos mesmos. Ou seja, o discurso oficial é reproduzido sem problema no que diz respeito à como escuta qualificada é capaz de ser realizada em qualquer espaço. No entanto, no aprofundamento das questões da entrevista, observam-se contradições, como o entendimento do acolhimento como a capacidade de solucionar problemas contanto que tenha acesso direto ao médico.

> *"Acolher é você tentar resolver solucionar, ir lá ao médico, passar o caso: esse paciente aqui é assim. Você ter porta aberta para o médico, no caso o ACS." 003-002*

O modelo médico-centrado ainda é muito presente no dia-a-dia das equipes de saúde da família, como expressado na fala acima. Campos (2000) expõe que profissionais absortos do processo de produção do cuidado dificilmente se reconhecem no papel de produtores de saúde. Em geral, realizam apenas um ato simplesmente burocrático, como "levar o problema para o médico", com prejuízos para a transformação pelo trabalho e para a satisfação como autores do processo de cuidar. A solução do problema fica vinculada apenas a figura do médico, desconhecendo a capacidade de cuidado da própria categoria do ACS e diminuindo o valor do seu trabalho (ASSUNÇÃO e BRITO, 2011).

Portanto, entende-se acolhimento de diversas formas e como diferenciado em relação ao acolhimento do ACS e o acolhimento dos profissionais da equipe técnica. Existe a propagação de um discurso único, baseado na PNH, que lhes é apresentado durante as capacitações e reuniões de equipe, conforme ilustra a fala do ACS 002-005 demonstrado a tentativa de uniformizar as ações e o discurso sobre acolhimento ao descrever como são as discussões sobre tema nas equipes de ESF da unidade.

“Discutimos só os agentes e depois com a equipe toda para poder amarrar e deixar uma coisa certinha porque às vezes cada equipe agia de uma forma diferente, cada agente agia de uma forma diferente. Então nós tentamos unificar tudo, então nosso acolhimento tem que ser (...) na mesma linha, padrão. É que se for o melhor, ótimo, mas não precisa ser 100 por cento, mas tem que ser padrão. Você tem que dizer a mesma coisa que eu disser no acolhimento. Você tem que fazer a mesma coisa que eu faço, a sua maneira, da mesma coisa que eu faço tanto o agente de saúde quanto o técnico de enfermagem, a enfermeira e o médico. Então nós criamos algumas normas e nós estamos tentando seguir. Às vezes foge um pouquinho, “aí, olha, lembra o que a gente conversou?” Tenta, vai lá, a gente tenta dar uma acertada.” 002-005

Porém observa-se que há o desejo de ter um profissional da equipe técnica na recepção junto ao ACS, explicitado na fala acima, pode ser entendido como falta de entendimento do acolhimento como um processo contínuo que se inicia no momento em que a pessoa chega à unidade e, nem sempre, termina com a sua saída.

“Bom aí depende, porque se for só o acolhimento de você pegar o nome, não eu quero passar pela doutora fulana equipe tal, você anotar e acolher ali, tudo bem. Mas se for pra queixas, tipo assim: “eu tô com febre, dor de cabeça”, você pra avaliar essas coisas. Nós não somos capacitados pra isso. Então a gente também sempre acha que seria legal ter um enfermeiro acolhedor junto conosco ali na porta, entendeu?” 003-006

Escutar as queixas físicas e encaminhar para a consulta com o profissional técnico faz parte de todo o processo de acolhimento. Porém, a fala acima nos traz uma reflexão sobre a real função do ACS na recepção da unidade. Será que esse profissional não está sendo treinado para atuar na recepção como forma de diminuir o número de pacientes que acessam os demais profissionais de saúde? A necessidade de um enfermeiro acolhedor na recepção diminuiria a responsabilidade do ACS em demandar consultas médicas e de enfermagem, minimizando as tensões entre os profissionais da equipe, pois deixaria de ser sua responsabilidade definir quem irá passar por atendimento naquele momento.

Podemos comparar o acolhimento do serviço de emergência com o acolhimento da unidade de atenção primária, pois ambos possuem estrutura

semelhante: a primeira figura que recebe o usuário, um funcionário administrativo ou um técnico de enfermagem e o ACS respectivamente, o enfermeiro, que faz a primeira avaliação e classifica o risco, e o médico, que realiza a consulta médica. Porém, o funcionário administrativo da recepção da emergência é responsável apenas pelo cadastramento do usuário e o técnico de enfermagem, na emergência, ou o ACS, na unidade de atenção primária, como problematizamos mais acima, pode ser o profissional que está definindo quem vai ou não ser atendido, gerando ambiente de conflito entre o profissional e o usuário, como discutiremos mais abaixo.

Guedes et al (2013), ao estudarem a percepção dos usuários sobre o acolhimento em um serviço de emergência também encontraram a figura do médico como essencial para maior agilidade e qualidade na prestação da assistência e o enfermeiro como responsável pela organização do atendimento. Além disso, os usuários ressaltaram o papel do enfermeiro como direcionador e orientador no serviço (GUEDES et al, 2013). Dessa forma, a percepção dos usuários de que o médico é o maior detentor de conhecimentos sobre a saúde e de quem deve decidir quem vai ser atendido é o enfermeiro, confirma a deslegitimação do ACS na porta de entrada. Também não o reconhece como um agente acolhedor. Essa ideia vai ao encontro das percepções da alguns dos ACS:

> *"O acolhimento é no caso dos profissionais enfermeiros, dos médicos." 001-006*

No entanto, mesmo que alguns ACS concordem com essa noção dos usuários, outros consideram que o acolhimento pode ser feito por qualquer profissional da unidade, seja ele membro da equipe de saúde da família ou não, conforme ilustram as falas abaixo. Tal fato demonstra a não compreensão de que, no processo de acolhimento, nenhum profissional tem o papel central, pois todos são responsáveis pela atenção às necessidades dos usuários, tornando o profissional mais apto a identificar o percurso para a resolução do problema apresentado (ZANELATTO e DAL PAI, 2010).

> *"Ah, sinceramente, eu acho que todos. Não vejo assim quem seria. Sabe porquê? O posto abre oito horas, as vezes chega a pessoa sete, sete e*

meia e o vigia tá aqui, as vezes a menina da limpeza. Então o cliente chegou, tudo bem que ainda não tá na recepção, mas ele pergunta alguma coisa. Então quando alguém vai dar uma informação e trata bem, pra mim eu vejo como sendo um primeiro acolhimento. Ela foi bem recebida, entendeu. Então eu acho que todos podem estar fazendo esse papel." 003-006

Os diversos usos para a palavra ACOLHIMENTO

A grande diferença nos discursos perpassa pelos diferentes entendimentos do que é acolhimento e qual sua função. Ou pela confusão de usar acolhimento como sinônimo de recepção, consulta de livre demanda, entre outros. Portanto, há uma dificuldade de entender acolhimento como eixo condutor do cuidado em serviço (ZANELATTO e DAL PAI, 2010).

A fala abaixo demonstra o uso da palavra acolhimento como sinônimo de recepção, compreendendo acolhimento como um local.

"Às vezes nem a pessoa que chega ao acolhimento está muito certa do que ela quer, entendeu, então é necessário ter uma escuta pra entender e poder direcionar a pessoa da forma correta." 003-001

Outra forma de empregar a palavra acolhimento é observada na fala abaixo e possui o sentido de consulta de livre demanda, ou seja, atendimento médico ou de enfermagem de pessoa sem consulta agendada.

"Ai a gente sempre divide, um fica botando acolhimento, o outro consulta marcada, procedimento que é pressão essas coisas, e outra fica no posso ajudar." 003-003

Portanto, observa-se que a palavra acolhimento pode ser empregada como sinônimo de diversos procedimentos que fazem do processo de cuidado do acolhimento preconizado, o que corrobora com a literatura sobre o tema conforme discutiremos.

As partes do processo de acolhimento sendo nomeadas como tal proporciona grandes confusões para entendimento do novo processo de

trabalho preconizado pela Política Nacional de Humanização tanto por usuários como por profissionais do sistema de saúde.

A confusão no conceito de acolhimento também foi encontrada por Guedes et al (2013), que encontrou, no serviço avaliado, como a visão de acolhimento apresentou-se distorcida por antigos conceitos: triagem, seleção, organização de filas, desconfigurando a sua noção como nova forma de organização das demandas nos serviços de saúde (GUEDES et al, 2013).

Um dos princípios do acolhimento é garantir acesso aos serviços de saúde a quem precisa independente de estar agendado. Portanto, ao nomear consulta de livre demanda como acolhimento pode-se entender que, apesar da confusão entre os nomes, o acesso dos usuários está sendo garantido tendo em vista que a partir da escuta qualificada realizada pelo ACS na recepção da unidade (confundida com acolhimento), uma das possibilidades é o encaminhamento para o atendimento pelo profissional médico ou enfermeiro.

Porém, o fato de nomear o espaço recepção como acolhimento, é uma tentativa do ACS de legitimar esse local de trabalho, como um espaço onde acontecem interações relacionais e não apenas trocas de informações burocráticas, como nos mostram as falas abaixo.

> *"A recepção é você ficar sentada ali e só passar as informações. Acabou. O acolhimento não, você já tem um olhar, bom pelo menos no meu caso e de vários colegas que eu observo é da mesma forma. Você já tem um outro olhar, não sei se é porque você já tem contato com famílias vulneráveis, não sei, você tenta solucionar, no acolhimento você quer ajudar, saber direcionar para que a pessoas já saiam daqui com uma resposta." 003-004*

> *"Acolhimento pra mim é escutar. Não é só o paciente entrar aqui e ser atendido e sair com uma receita. Eu estava no acolhimento e perguntei porque a pessoa estava aqui na unidade, o que ela desejava. Eu ajudei ela pelo simples fato de ouvi-la, e ela nem precisou entrar no consultório para se consultar e sair com remédio." 003-003*

Assim, ao considerar a sua presença nesse espaço como Acolhimento, os ACS buscam o reconhecimento e valorização de seu trabalho por entender que

o mesmo é uma forma diferenciada de processo de trabalho e relação com o usuário.

No Dicionário Aurélio, de língua portuguesa, o termo acolhimento significa: “ato de acolher; refúgio; amparo; hospitalidade”. E acolhida significa: ato ou efeito de acolher; recepção; atenção, consideração; abrigo. O verbo acolher significa: dar agasalho ou acolhida a; atender, receber; tomar em consideração; dar crédito a, hospedar-se. Enquanto recepção significa: ato ou efeito de receber; secção em escritório, hotel, etc., encarregada de receber pessoas, dar informações, etc.

Ao analisar o significado das duas palavras, observa-se que a recepção faz parte do acolhimento, porém o caráter descritivo de recepção é meramente burocrático, diferente de acolher que se caracteriza principalmente pelo caráter relacional da expressão “tomar em consideração”.

O caráter relacional e o caráter burocrático que diferenciam acolhimento e recepção respectivamente são percebidos pelos ACS, como ilustra a fala abaixo:

> *“Recepção só tá ali pra recepcionar. Acolher, você tá ali pra acolher e orientar ele pra que a pessoa saia no mínimo satisfeita ou entendendo o que ela deve fazer.” 002-001*

O conceito de acolhimento da PNH é relativamente diferente do conceito de acolhimento apresentado pelo dicionário, porém ambos têm como fundamento o caráter relacional dos encontros, e nesse caso, os encontros entre equipes e usuários e serviços e populações. O ACS compreende o trabalho na recepção da unidade muito mais de que um espaço para relações burocráticas, no momento em que são acionados pelos usuários e se sentem capazes de resolver a demanda apresentada, entendendo como um local onde se inicia parte do processo de cuidado como pode ser percebido nas falas acima. Porém, também são acionados para tarefas mais técnicas como: sinalizar a chegada do paciente, encaminhar para procedimentos, necessidade de renovação de receita, e na descrição da fala abaixo, percebe-se ser mais uma tarefa automática do que relacional.

"Eu chego, e faço a separação das pessoas que vão pra coleta e das pessoas do atendimento. Automaticamente, as pessoas que estão marcadas e quem é demanda livre. Na demanda livre, a gente pergunta qual a queixa, se for febre a gente põe o termômetro, se está com febre a gente direciona pra tomar uma dipirona. Se estiver com pressão alta, medir a pressão. Se estiver com pressão alta, eles colocam um remédio debaixo da língua. Tem gente que vem pra pegar exame, e mostrar exame. A gente vai direcionado." 001-006

Portanto, estar na recepção da unidade permite ao ACS funcionar de duas maneiras diferentes: hora como profissional de saúde, que acolhe a queixa trazida pelo usuário, hora como recepcionista, que apenas direciona a partir da solicitação do usuário. Ferreira (2005) já observou como no cotidiano das práticas de saúde fazem parte tanto aspectos relacionais como os técnicos e que, segundo o contexto, assumem diferentes conotações. No aspecto técnico, se fixa principalmente o prestígio do saber científico, enquanto nos aspectos relacionais estão mais implícitos a simplicidade do saber empírico. Esses aspectos são inerentes das práticas de saúde. Os ACS estão particularmente comprometidos com estas questões, uma vez que seus profissionais atuam na promoção, prevenção e recuperação de pessoas onde há o cruzamento destes aspectos relacionais e técnicos.

5.4. AS DIFERENÇAS DO TRABALHO NA MICROÁREA E RECEPÇÃO

O conforto do conhecido comparado ao elemento surpresa

Ao comparar com o trabalho do ACS na recepção e na microárea, podemos perceber que na recepção da unidade esses profissionais devem estar atentos a tudo que ocorre para lidar, principalmente, com o desconhecido. Já na microárea, o fato de conhecer tanto os usuários como a "rotina" do trabalho, tornam a atividade mais prazerosa e mais fácil, ou seja, menos angustiante que na recepção.

"Na recepção são várias pessoas, de várias áreas que você não conhece, não sabe o hábito nem quais são as atividades dela e tem que estar

captando tudo. E lá em cima não, você vai à sua área já conhece dona Maria, seu Pedro, seu Antonio, já sabe mais ou menos quem é quem o que e o que faz". 002-004

O fato de o ACS trabalhar no local onde vive permite que sejam criados vínculos com os usuários sob sua responsabilidade, muitas vezes, construindo uma relação afetiva que gera um sentimento de confiança e favorece a interação entre família e serviços de saúde (JORGE et al, 2007). Sendo assim, o trabalho na microárea é preferido pelos ACS, pois existe maior facilidade de contato e diminui a possibilidade de eventos surpresas que geram ansiedade.

"Prefiro trabalhar na microárea, com certeza. Porque lá são as pessoas que a gente conhece que a gente sabe lidar com aqueles mais agressivos, mais impacientes, a gente sabe lidar com eles, acho melhor." 001-004

As percepções de expressões de satisfação e gratidão por parte do usuário provocam no ACS os sentimentos de reconhecimento e de valorização do trabalho aumentando sua potência de agir, produzindo novas expressões que também são enviadas e afetam os usuários. Nas falas abaixo percebe-se como a satisfação por parte do usuário desencadeia o mesmo sentimento no ACS, e que também foi descrito por Franco e Galavote (2010) no livro clínica dos afetos (GALAVOTE et al, 2013).

"Uma coisa bem legal? É isso: O paciente chegar, tá marcado, o médico estar e atender na hora marcada e ele sair daqui feliz da vida, porque recebeu um bom atendimento com a médica. Você fica satisfeita (...). E no meu dia, dia, o que mais me deixa satisfeita é chegar o encaminhamento que a pessoa está aguardando há muito tempo. Eu quero, na mesma hora, ligar para a pessoa e dar a boa noticia." 001-001

"O saúde da família pra mim traz motivação, não só pra quem trabalha como para os usuários também. Porque a gente trabalha com prevenção e promoção e isso faz com que as pessoas mudem suas vidas, o ritmo de vida. Deixando de ser sedentárias e também ajuda bastante como ser humano. (...) É um trabalho humanizado eu acho, o agente comunitário de saúde." 002-003

Em contrapartida, na recepção das unidades de atenção primária, os ACS revelam a tensão gerada igualmente pela sobrecarga de trabalho e pela possibilidade de ocorrência de eventos surpresas.

> *"A porta é muito mais cansativo, você ficar no acolhimento é você ficar muito mais cansada, porque na área você já fez seis visitas de manhã e seis visitas à tarde. Lógico que você não faz só seis, porque você acaba parando com mil e uma pessoas, entendeu? Aqui não, você tem que atender. Às vezes você está no acolhimento e tem que atender mais de cinquenta pessoas, não foram só 50 pessoas, pra médica foi só doze ou seis, mas a gente lá em cima tem que atender umas 50 pessoas. Porque chega um, passa e vê você... Você fica muito mais cansada. Você acaba trabalhando muito mais do que você trabalha numa área. A única diferença é assim que a gente acaba trabalhando mais." 002-001*

> *"Não é fácil não, tem dia aqui que não é fácil. É muita gente querendo tudo ao mesmo tempo, rápido. E as coisas não são bem assim. É tenso." 002-004*

Observa-se nas falas acima que há um volume maior de trabalho em menos tempo com mais pessoas demandando e exigindo respostas em um tempo menor e muitas vezes simultaneamente. Além da ocorrência de muitas interações conflituosas. Segundo Zanelatto e Dal Pai (2010) os conflitos são fatores causadores de estresse e cansaço nos profissionais que trabalham no "*balcão de acolhimento*", no nosso estudo chamado de recepção. Os profissionais estudados pelas autoras referiram falta de compreensão dos usuários quando encaminhados para outros locais, ou seja, quando não tem a demanda solicitada atendida, e expressam sua frustração nesse profissional responsável pelo primeiro contato com a unidade. O mesmo foi referido pelos nossos entrevistados:

> *"Eu odeio ficar ali na porta, as pessoas ficam olhando ali pra gente, ficam reclamando com a gente, porque estão esperando e a culpa é nossa. Toda carga, todo impacto do atendimento ali, é a gente que recebe. Quando a pessoa chegou aqui, já aliviou, ninguém quer xingar o médico, ninguém quer falar mal do médico. O médico ou enfermeiro, quando recebem a pessoa, a pessoa já descarregou toda mágoa, raiva e fúria em cima da gente. Por isso eu odeio ficar no acolhimento, odeio ficar na porta e esse trabalho está fazendo eu gostar de gente menos ainda." 003-005*

As duas falas destacadas abaixo demonstram que o conflito entre usuário e profissional começa quando há discordância na avaliação ou no entendimento da escuta, o usuário entende que seu estado de saúde necessita de atenção imediata, mas o olhar técnico do profissional não o classifica dessa forma. Dessa forma, a expressão do descontentamento do usuário recai sobre esse profissional que está na linha de frente do serviço, pois este representa o sistema de saúde que não acolheu sua necessidade, e o profissional se sente injustiçado com esta agressividade (ZANELATTO e DAL PAI, 2010).

> *"É meio complicado, porque às vezes a pessoa tem a necessidade e não quer aguardar. Ela se torna difícil a partir daquele momento, que ela não concorda com a demanda dela não ser atendida, então eu acho que ela se torna uma pessoa difícil a partir daí." 001-004*

> *"Eu passei uma situação com uma usuária que tentei ajudar. O horário dela era à tarde e tentei passar ela para de manhã e ela não quis, entendeu que não seria atendida, tentei explicar e ela não quis escutar e começou a discutir comigo, me chamou de burra." 001-004*

Zanelatto e Dal Pai (2010) e Dal Pai e Lautert (2008) também encontraram em seu estudo sobre práticas de acolhimento no serviço de emergência, que para os profissionais de enfermagem é mais fácil fazer procedimentos do que se voltar ao uso das tecnologias leves, relacionais. Pode-se inferir que as atitudes diferentes a serem tomadas, dependentes da situação trazida pelos pacientes, tornam o trabalho "*no acolhimento*" mais complexo e exige habilidades mais difíceis que a realização das atividades já conhecidas pelos ACS, como as visitas domiciliares de rotina para acompanhamento de grupos específicos (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de dois anos, entre outros)

Considerando que historicamente a função essencial do ACS são as ações de educação em saúde direcionadas para os cuidados preventivos e para a promoção da saúde (BRASIL, 2012; CARNEIRO e MARTINS, 2015; CAVALCANTE FILHO et al, 2009; GUEDES et al, 2013; JORGE et al, 2007), podemos considerar essas como as atividades técnicas que devem ser exercidas pela categoria profissional. Portanto, assim como os enfermeiros da

pesquisa de Zanelatto e Dal Pai (2010), para os ACS da nossa pesquisa é mais fácil e prazeroso realizar os procedimentos já conhecidos do que lidar com diversas situações diferentes e que exigem respostas variadas e habilidades mais difíceis ou não tão bem desenvolvidas, como podemos observar nas falas abaixo.

> *"Porque as pessoas que eu convivo, aqui no acolhimento são pessoas de todas as áreas. As pessoas que eu visito eu conheço, conheço cada um. Eu sei o nome, sei o problema, então me sinto mais a vontade porque sei que as pessoas me conhecem e sei que vou me sentir bem e vão me tratar bem." 003-003*

> *"No Acolhimento eu creio que o espaço, a gente fica sufocado. Fica muito tumulto, enche muito e as pessoas ficam em cima, muitas não têm paciência, acabam culpando a gente por demorar o atendimento e acho que isso atrapalha bastante. Na área, é bom porque a gente não fica preso e a gente tem o controle das pessoas, no caso a sua necessidade, ainda mais quando a gente consegue resolver, marcar consulta e ver o resultado do trabalho é melhor ainda." 001-004*

> *"É muito diferente, porque eu vou trabalhar com pessoas que trabalho mensalmente, então vou dando continuidade. Aqui não é assim (na recepção), a gente lida com pessoas de todas as equipes, entendeu, então as vezes é meio complicado." 003-001*

A grande questão colocada pelos ACS ao serem interrogados sobre as diferenças entre trabalhar na microárea e trabalhar na recepção da unidade perpassa pelo fato de que quando estão na microárea o trabalho já é conhecido, menos estressante e consequentemente menos cansativo, fazendo com que essa seja a atividade preferida de suas atribuições. Quando estão na recepção da unidade, existem múltiplas possibilidades de acontecimentos e de abordagens, lidam com o desconhecido e, muitas vezes, com demandas por parte dos usuários as quais a resolutividade depende de outros profissionais, tornando assim a atividade na recepção das unidades menos prazerosa, pois se sentem incapazes de ajudar as pessoas.

> *"Olha assim são momentos diferente. Porque aqui a gente tem que estar, dentro da unidade, a gente tem que estar com a nossa atenção, porque a*

toda hora chega uma pessoa. Mas, assim em relação à área, eu prefiro mil vezes estar na minha área, estar com as pessoas, por que quando as pessoas estão dentro da sua casa, elas estão menos estressadas, aqui não, aqui as pessoas parecem que já chegam estressadas, não são todas, mas a grande maioria." 001-003

"Gosto muito de fazer visita, gosto muito pouco de ficar aqui no acolhimento! Porque lá eu ouço as pessoas, trago, e venho para a unidade tentar resolver. A pessoa não está aqui, eu trago o problema e tento resolver. E aqui na porta não! Tem que ser resolvido, e muitas das vezes a gente não consegue resolver, talvez por essa ausência de médico, e algumas coisas não ficam dentro da nossa condição de ajudar as pessoas, entendeu?" 001-001

Outro fator que corrobora o fato de que os ACS preferem o trabalho na área à recepção, é como eles classificam os usuários "fáceis" e os "difíceis". Os ACS diferenciam os usuários pelo tipo de comportamento e citam como difíceis aqueles que provocam estresse, angústia e causam confusão na unidade:

"Os estressados, os que têm problemas psiquiátricos. Porque eles chegam, quando tão surtados, e chegam surtados e fazem terror (001-002).

"Esse que não entende que certas coisas que ele quer, não depende da gente, do ACS, das pessoas que estão ali no acolhimento. As vezes depende do médico, de um médico que aqui não tem, de uma especialidade que aqui não tem, e ele não entende isso e acaba culpabilizando a gente, fica uma coisa muito estressante, esse é o pior pra mim." 003-001

Já os fáceis, são aqueles que chegam a unidade com sua demanda bem especificada e tem paciência para esperar.

"Hum, o mais fácil? São esses que vem com consulta marcada para a unidade, não tá aqui toda hora , você sente realmente que quando ele vem, é porque ele está precisando mesmo." 001-001

"Mais fácil, eu acho idoso. Que idoso gosta que a gente visite, vem aqui não falta consulta. Não perde cartão." 003-006

“A pessoa que vem e consegue esperar, tem consciência que vai demorar, que consegue ficar ali e conversar... tranquila.” 001-004

Portanto, podemos perceber que o trabalho na microárea é a atividade mais agradável de ser realizada, principalmente pela relação do vínculo entre os ACS e os usuários, pois estão mais acostumados a lidar com o processo de trabalho e as questões relacionadas à visita domiciliar.

Além disso, podemos inferir que quando um usuário procura uma unidade de saúde, ele não está em busca do profissional que realiza visita domiciliar todos os meses na sua residência, mas sim do atendimento do médico ou do enfermeiro. O ACS, apesar de ser alguém com quem ele reconhece e tem um vínculo, é também identificado por ele como alguém colocado na recepção da unidade para limitar o acesso aos demais profissionais provocando assim ambiente propício ao conflito.

6. CONSIDEAÇÕES FINAIS

A proposta do acolhimento pretende "*dar viabilidade organizacional à missão ética e à ambição política de concretizar a universalidade e equidade na interação dos serviços com os usuários.*", na tentativa de superar o modelo anterior vigente ritualizado, enrijecido e burocratizado, em que o número de vagas era limitado e determinava o acesso ao cuidado. Para tanto, passa a ser responsabilidade das equipes de saúde da família acolher os usuários nas suas demandas, negociando a melhor e mais rápida solução para o problema através da escuta. Sendo assim, é necessário um profissional, em geral técnico ou auxiliar de enfermagem, a disposição para realizar o primeiro acolhimento, tornando dispensável a figura da recepção como guichê burocrático (Tesser et al, 2010).

O ACS, colocado para atuar nesse local, ao nomear a recepção de acolhimento, quer, principalmente, diferenciar os processos de trabalho e não o local em si. A recepção permite que o ACS execute, principalmente, duas funções: recepcionar e acolher. Na primeira, se reconhece apenas como mero realizador de atividades burocráticas, um recepcionista, direcionando os usuários para os locais de atendimento e fornecendo informações para usuários e demais profissionais de saúde. Na segunda, se reconhece e é reconhecido como profissional de saúde, com habilidades e competências para tornar esse um espaço dialógico de negociações das necessidades de saúde.

O acolhimento como "não-lugar" e sim como o encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário foi abordado por Merhy em 2005 (CAVALCANTE FILHO et al, 2009). No nosso estudo podemos perceber que existem muitas confusões com o uso da palavra acolhimento, que pode ser entendido como o lugar recepção, como o encontro estabelecido entre profissional de saúde e usuário, como o atendimento realizado pelo profissional da equipe técnica, entre outros significados.

Um grande desafio a ser vencido é a visão de que o acolhimento compreende apenas uma área ou parte do atendimento. Toda a equipe de saúde deve estar sensibilizada, amparada e assistida para que as ações de

acolhimento estejam presentes em toda a atenção prestada e não restrita a um local específico, como se pertencessem a uma área física do serviço (ZANELATTO e DAL PAI, 2010).

> *"Acolhimento é a primeira porta de entrada quando a pessoa chega. E tipo assim, você está na mesa você é a primeira pessoa, você vai acolher ela. Mas o acolhimento não fica só ali, fica na questão do enfermeiro, do médico. Quando ele é bem recebido, até por um vigilante alguém da higiene, quando alguém trata ela bem, ela está sendo acolhida. Quando você senta, você ouve a pessoa, ouve as queixas dela e passa pra equipe esse é o acolhimento." 003-006*

Quando estar na recepção promove encontros em que o usuário fica satisfeito com a abordagem que recebeu do ACS e com a solução que ele considera adequada para problema que apresentou, o acolhimento é considerado bem sucedido por ambas as partes e não causa de angústia e estresse. Diferente de quando esse espaço de encontro é utilizado como forma de burocratizar a relação, impondo regras que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde, impedindo a realização de atos comunicativos, negando ou ofertando uma forma de cuidado (CAVALCANTE FILHO et al, 2009). Como vimos em muitas falas, a angustia de estar na recepção perpassa pelo fato de não conseguir atender a solicitação demandada pelo usuário, principalmente quando esta não está dentro das suas possibilidades de resolução.

A forma de acolher a necessidade do outro dependerá dos atores em cena, do modo de realização desse processo e das possibilidades de negociação. É uma situação complexa que não pode ser dependente da boa vontade dos profissionais, e sim da construção de espaços públicos para a negociação de necessidades (CAVALCANTE FILHO et al, 2009). O encontro do ACS com o usuário na recepção provoca tensão, pois o usuário entende o ACS como uma barreira para o acesso ao médico e o ACS, muitas vezes, está preso a atos normativos acertados em reunião de equipe, onde durante as discussões há tentativas de uniformizar as ações do acolhimento na recepção. Isso prejudica o reconhecimento deste espaço para diálogo e consequentemente a interação com o usuário que procura acolhimento para

sua necessidade de saúde. Ressignificar esse espaço de diálogo, reconhecer o movimento de construção social das necessidades de saúde, entender o diálogo como ferramenta de cuidado em saúde são ações extremamente importantes para que usuários e profissionais de saúde construam uma boa relação em que o cuidado seja objetivo de ambos com a criação de espaços de negociação e resolução de conflitos.

Para garantir o acesso universal é necessário acolhimento com escuta qualificada de todos que procuram a unidade de saúde e que a oferta seja configurada pelas necessidades apresentadas e não o contrário. Tal proposta depende da abertura dos profissionais para compartilhamento de responsabilidades, respeitando as competências de cada categoria profissional, flexibilização dos rituais de consultas e procedimentos, de decisão clínica e de avaliação de risco/vulnerabilidade (TESSER et al, 2010).

Enfim, quem deve ficar na recepção?

A pergunta foi realizada para os ACS entrevistados. Não há resposta exata para essa pergunta. Há que se pensar esse lugar e as consequências de estar nele. Quais as vantagens e desvantagens de ter ACS na recepção das unidades? Outro profissional poderia executar essa função? Em que o ACS pode contribuir com o cuidado da população estando nesse local?

Das diversas respostas obtidas algumas nos chamaram atenção. Estar na recepção das unidades significa menos turnos de atividades extra-muros para o ACS, como consequências podemos ter um profissional cada vez mais voltado para funções burocráticas e mais distante das atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, que são características da categoria, como percebemos na fala abaixo.

> *"Quando vim trabalhar aqui era uma pessoa só no acolhimento, dentro da unidade, na porta, agora são três pessoas, estão diminuindo nosso tempo, pessoas que a gente podia estar conhecendo e não está. Fechados aqui dentro. (...) Então acho que prejudicou muito assim, a parte de ficar aqui no posto. (...) a gente ficava na porta quase a cada quinze dias, (...), e agora é*

direto. Aí no dia seguinte tem a digitação. Então eu sacrifico pra fazer a VD (visita domiciliar), por que além de tudo tem a reunião." 003-005

Estar nesse local sem refletir e problematizar sobre qual o seu papel pode significar o afastamento do ACS das necessidades de saúde da população. Além disso, pode também prejudicar a oferta e criação de outros espaços de encontro terapêuticos individuais e coletivos, pois diminui o número de turnos do ACS para atividades de educação em saúde com os usuários. Sem outros espaços terapêuticos para ofertar, há uma tendência de aumento do consumo de consultas médicas e de enfermagem, decorrente das demandas dos usuários no acolhimento (TESSER et al, 2010).

Quando trabalho realizado neste local é meramente burocrático e informativo, funcionando apenas para o direcionamento e encaminhamento dos usuários que chegam à unidade, qualquer categoria profissional poderá ser treinada para realizar tal tarefa, inclusive um administrativo, como é observado na fala abaixo, o que demonstra, para nós, uma falta de reconhecimento das potencialidades do trabalho do ACS na recepção das unidades.

"Pode ser que sim, pode ser que não. É um trabalho que, qualquer outra pessoa pode ser capacitada pra fazer. Não sei... qualquer pessoa, um administrativo, um técnico, sei lá. Mas cada um tem sua função, fica confuso mesmo. Ao menos que tivesse outra pessoa só pra fazer isso. Porque administrativo tem sua função, ACS tem sua função, entendeu? Mas não é uma coisa assim difícil, tanto é que no dia de campanha, pode acontece de ficar na porta pessoas que não são ACS, um médico pode sentar ali e dar uma orientação ou o enfermeiro, porque a gente fala direcionado pra todos os funcionários. A gente orienta a respeito de um médico, enfermeiro, de outro ACS, de um técnico, o trabalho de cada um ali. A gente acaba e direcionando orientado, e todo mundo sabe bem fazer isso." 003-001

Porém, quando o ACS consegue se reconhecer como produtor de saúde e responsável pelo cuidado, entender que o vínculo com o usuário o faz ser a primeira pessoa a ser procurada na unidade e capaz de solucionar ou apresentar solução para o problema apresentado, como podemos ler na fala abaixo, ele se torna figura essencial na recepção da unidade, pois, através do vínculo, da escuta ativa e do diálogo, é capaz de desburocratizar as relações

dos usuários com os serviços de saúde, inclusive podendo ser resolutivo na necessidade de saúde apresentada.

> *"Acho que sim. Porque quando o usuário vem aqui, a primeira procura do usuário é o agente de saúde. Muitas das vezes é o agente de saúde que soluciona muitas coisas. Até por você entrar na casa do usuário, ele já te dá uma confiança, e até mesmo você quer dar uma resposta pra ele. Porque poderia muito bem eu ir à casa dele, visitá-lo e simplesmente pronto e acabou. Daqui a trinta ou quarenta dias eu volto e pronto. Não quando ele vem aqui eu quero recebê-lo da mesma forma que ele me recebe, entendeu." 003-004*

O ACS, responsável pelo primeiro contato, tem a difícil missão de acolher de forma individualizada, em um espaço com pouca ou nenhuma privacidade, utilizando-se da escuta qualificada, para avaliar riscos e vulnerabilidades biológicas, epidemiológicas e psicossociais; interpretar com o usuário a demanda para identificação do problema, negociar com outros membros da equipe para resolver e/ou dar seguimento aos cuidados necessários. Explorar as potencialidades dos profissionais não-médicos que compõem a equipe, respeitar os diferentes saberes e reconhecer e valorizar o trabalho das diversas categorias envolvidas no cuidado em saúde dos usuários são ações essenciais para transformar o modelo e retirar a centralidade das consultas médicas. Reconhecer o ACS como profissional de saúde e promotor de cuidado é primordial para fortalecimento e empoderamento da categoria de forma que se tornem cada vez mais conscientes de suas habilidades e competências.

O acesso livre e não programado dos usuários com o serviço de saúde produz angústia, carga exaustiva de trabalho e estresse emocional. Para tanto, é necessário apoio institucional, assim como trabalho em equipe com corresponsabilização entre os profissionais, além de educação permanente.

Personalizar o acolhimento, referenciando à equipe responsável a demanda, permite que os ACS lidem com pessoas conhecidas e com problemas conhecidos, podendo diminuir o estresse para a avaliação de risco e vulnerabilidade, facilitando a coordenação do cuidado e corresponsabilização entre equipes e usuários, sem limitar o acesso àqueles de outras aéreas de

abrangência, que deverão ser acolhidos, avaliados e referenciados para suas equipes.

O novo modelo que permite acesso a todos que buscam atendimentos, não mais restringindo o atendimento ao número de fichas disponíveis por dia, gera estresse nos profissionais de saúde e entre as categorias profissionais. Portanto, esse estudo nos faz refletir sobre a necessidade de se criar estratégias para capacitar e fornecer suporte aos profissionais de saúde. Incluímos aqui principalmente, os ACS, por ser esse o primeiro na linha de atuação para lidar com as novas demandas das unidades de atenção primária à saúde.

Espaços de reflexão sobre o acolhimento ao usuário que busca a unidade fora do ambiente de trabalho e que envolvam profissionais de diversas unidades permitem conhecer e discutir diferentes realidades e encontrar novas e diferentes soluções. Outra possibilidade de espaço para a discussão é a criação de fóruns que envolva profissionais de saúde e usuários para que apresentem e apontem suas questões e dificuldades e, através do diálogo e da negociação, encontrem a melhor forma de conduzir o acesso às unidades e suas necessidades contempladas.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALVES, K. L. V. O que sabe o agente comunitário de saúde?. 2009. 74F. Dissertação (mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2009.

ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BARCELLOS, C. S. N.; PANDOLFI, M.; MIOTTO, M. H. M. B. Perfil do agente comunitário de saúde de Vitória – ES. UFES, Ver Odontol, v. 8, n. 1, p. 21 – 28, jan/abr 2006.

BARROS, D. F.; BARBIERI, A. R.; IVO, M. L.; SILVA, M. G. "O contexto da formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil". Texto Contexto Enferm, Jan-Mar 2010, pág. 78-84. Florianópolis, 2010.

BRASIL. Decreto 3189/99. Disponível em: http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/111303/decreto-3189-99. Acessado em 21 de jan de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna. 2. ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. "Proposta de formação do Agente Comunitário de Saúde – Habilitação Profissional Técnica". Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BORNSTEIN, V. J.; MATTA, G. C.; DAVID, H. O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em Saúde. In: MONKEN, Mauricio; DANTAS, André Vianna. Estudos de Politecnia e Saúde. V. 4. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

CARNEIRO, C. C. G.; MARTINS, M. I. C. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. Trabalho, Educação e Saúde, v. 13, n. 1, p. 45 – 65, jan/abr 2015.

CAVALCANTE FILHO, J. B.; VASCONCELOS, E. M. S., CECCIM, R. B.; GOMES, L. B. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir cuidado. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v. 13, n. 31, p. 315 – 328, out/dez 2009.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciência e Saúde Coletiva, v. 14, Supl. 1, p. 1523-1531, 2009.

FRACOLLI, L. A.; MAEDA, S. T.; BRITES, P. R.; SEPÚLVEDA, S. C. F.; CAMPOS, C. M. S.; ZOBOLI, E. L. C. P. A visita domiciliar sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 2 p. 68 – 72, 2003.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Work under urgency and emergency and its relation with the health of nursing professionals. Ver Latino-am enfermagem, v. 16, n. 3, p. 439 – 444, 2008.

FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. Saude soc.. 2005, vol.14, n.3, pp. 111-118

FERREIRA, J.; SANTO, W. E. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 22, n. 1, p. 179 – 198, 2012.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública, n. 15, p. 345-353, 1999.

GALAVOTE, H. S.; FRANCO, T. B.; LIMA, R. C. D.; BELIZÁRIO, A. M. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v. 17, n. 46 p. 575 – 586, jul/set 2013.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em grandes centros urbanos. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v. 9, n. 17 p. 287 – 301, mar/ago 2005.

GUEDES, M. V. C., HENRIQUES, A. C. P. T., LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção do usuário. Rev Bras Enferm, v. 66, n. 1, p. 31-37, jan-fev, 2013.

JORGE, M. S. B.; ALBUQUERQUE, K. M.; PEQUENO, L. L; ASSIS, M. M. A; GUIMARÃES, J. M. X. Revista APS, v. 10, n. 2, p. 128-136, jul/dez 2007.

LARA, M. O.; BRITO, M. J. M.; REZENDE, L. C. Aspectos culturais das práticas dos agentes comunitários de saúde em áreas rurais. Ver Esc Enferm, v. 46, n. 3, p. 673- 680, 2012.

LOPES, J. M. C. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.(Orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 1-11.

LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986. 99p.

MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, Supl. 1, p. 873 – 880, 2011.

MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde (Dissertação de Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Autentica, 2009.

MIALHE, F. L. O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas. Campinas: Editora da UNICAMP, 2011.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 9-29.

MONTEIRO, M. A. G. S.; PREVITALI, F. S. “A política de formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos.” Revista Labor, nº. 5, vol. 1, pág. 141-163; 2011.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. “O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas.” Caderno de Saúde Pública, jun 2008, pág. 1304-1313. Rio de Janeiro, 2008.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. de Saúde Pública, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov.-dez. 2002.

OLIVEIRA JUNIOR, J. G. Agentes comunitários de saúde: fatores restritivos e facilitadores do seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização. Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, n. 11 p.4541-4548, 2011.

PINTO, V. L. Implantação do acolhimento nas unidades de saúde as família, da micro região 6.1, do distrito sanitário VI, na cidade de Recife. 2012. 29p. Plano de intervenção (especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

QUEIRÓS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. Trabalho, Educação e Saúde, v. 10, n. 2, p. 257 – 281, out. 2012.

SALIBA, N.A.; GARBIN, C. A. S; SILVA, F. S. J. F. B.; PRADO, R. L. Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde. Cad Saúde Colet, v 19, n. 3, p. 318 – 326, 2011.

SANTOS, K. V.; ELIAS, B. L. F.; HORITA, F. Y. F.; SOUZA, C. C.; PACHECO, F. E. Perfil do agente comunitário de saúde no PSF Vila Mury. Cadernos UniFOA, Ed. Especial, out. 2008.

SANTOS, K. T.; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; ARCIERI, R. M.; CARVALHO, M. L. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa de Saúde da Família? Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, Supl. 1, p.1023 – 1028, 2011.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? Interface – Comunic, Saúde, Educ, v. 13, n. 31 p. 303 – 314, out/dez 2009.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

SILVA, M. H.; SANTOS, M. R. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de saúde da família da zona norte do município de Juiz de Fora. Revista APS, v. 6, n. 2, p. 70 – 76, jul/dez 2003).

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. Educação popular em saúde – formação de agentes comunitários de saúde. Politécnico Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, Ministério da Saúde, 2007.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; WONG UN, J. A. Educação popular e saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. Revista APS, v. 8, n. 1, p. 49-60, jan.-jun. 2005.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p.585-597, 2005.

TESSER; C. D.; POLI NETO; P.; CAMPOS; G. W. S. Acolhimento e (dês)medicalização social: um desafio para equipes de saúde da família. Ciência e Saúde Coletiva, v. 15, p. 3615-3624, 2010. Suplemento 3.

VIEIRA, M.; DURÃO, A.V; LOPES, M.R (Orgs). Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

ZANELATTO, D. M.; DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. Cienc cuid saúde, v. 9, n. 2, p. 358-365, 2010.

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

APÊNDICE 01:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Código de Identificação:

Unidade de Saúde:

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Idade:

Sexo: ( ) M ( ) F

Escolaridade:

Estado civil:

Filhos: ( ) Sim ( ) Não Número:

Religião:

Atividade anterior antes de ACS :

Período de tempo:

Tempo de atuação como ACS:

Forma de ingresso na unidade:

II. ENTREVISTA

1) Quando você ouviu falar pela primeira vez sobre ACS?
2) Quando você decidiu ingressar como ACS?
3) Qual o curso de formação/capacitação que recebeu para exercer essa função e no que o ajudou?

4) Quais suas primeiras impressões sobre a ESF?
5) Como você se vê hoje na ESF?
6) Para você o que é acolhimento?
7) Para você o que é a porta de entrada da unidade?
8) Como você se sente quando está no acolhimento?
9) Como você se sente na função de estar na porta de entrada da unidade?
10) Há situações estressantes no acolhimento? Quais?
11) O que você entende por acolhimento ideal?
12) Na sua opinião, quem resolve mais os problemas do usuário?
13) Conte uma experiência positiva.
14) Conte uma experiência negativa.

Muito obrigada pela sua participação!

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

APÊNDICE 02:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa "As percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre seu trabalho na recepção das Unidades de Atenção Primária". Você foi escolhido por trabalhar em uma Unidade da Área de Planejamento de Saúde (APS) 2.2 e sua participação não é obrigatória. Esta pesquisa será desenvolvida por Mariana Scardua aluna do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família orientada pela professora Jaqueline Ferreira.

O objetivo é conhecer as suas percepções e experiências sobre seu trabalho na recepção das Unidades de Atenção Primária.

Por intermédio desse Termo lhe são garantidos os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos da Pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, data de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar a sua identidade pessoal; (3) você pode se negar a responder a qualquer pergunta ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa; (6) escutar a entrevista que será gravada e desautorizar o seu uso após a escuta caso.

A sua participação permitirá o maior conhecimento sobre a realidade do trabalho da Saúde da Família podendo trazer subsídios para tomadas de decisão, se assim for necessário. Os riscos para os participantes serão minimizados ao máximo, já que serão seguidos todos os preceitos éticos. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente

será gravada se houver autorização do entrevistado, o tempo de duração da entrevista é de 40 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, mas somente terão acesso às mesmas e as gravações a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Os resultados caso queira, serão a você disponibilizados.

"Declaro estar ciente das declarações nesse "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e de minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimento sobre essa Pesquisa: recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de qualquer informação que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia desse Termo permanecerá arquivada com o Pesquisador responsável da Escola Nacional de Saúde Pública e outra será entregue ao entrevistado."

Rio de Janeiro, ____de _____de 2014.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante:_____

Pesquisadora responsável: Mariana Scardua

_____

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Contato com a pesquisadora responsável:
Endereço: Av. Prefeito Dulcídio Cardoso 2980 apto 1303, Barra da Tijuca – Rio de Janeiro CEP: 22632-052. Telefone: 21 981057097 Email: marianascardua@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública:
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314 - Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP: 21041-210 – Tel. e fax: (21) 2598-2863. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br