

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Vulnerabilidade familiar: concepções dos agentes  
comunitários de saúde”***

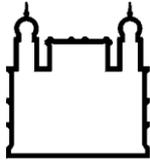
*por*

***Marília Luttenbarck Batalha de Almeida***

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

*Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos*

*Rio de Janeiro, junho de 2015.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



*Esta dissertação, intitulada*

***“Vulnerabilidade familiar: concepções dos agentes comunitários de saúde”***

*apresentada por*

***Marília Luttenbarck Batalha de Almeida***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Joana Angélica Barbosa Garcia

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos – Orientador

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

A447v Almeida, Marília Luttenbarck Batalha de  
Vulnerabilidade familiar: concepções dos agentes  
comunitários de saúde. / Marília Luttenbarck Batalha de  
Almeida. -- 2015.  
122 f. : graf.

Orientador: Carlos Eduardo Aguilera Campos  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Visita Domiciliar.  
3. Vulnerabilidade em Saúde. 4. Determinantes Sociais da  
Saúde. 5. Demografia. 6. Vigilância em Saúde Pública.  
7. Estratégia Saúde da Família. 8. Risco. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.14

**MARÍLIA LUTTENBARCK BATALHA DE ALMEIDA**

**VULNERABILIDADE FAMILIAR: CONCEPÇÕES DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Rio de Janeiro

**2015**

**MARÍLIA LUTTENBARCK BATALHA DE ALMEIDA**  
**VULNERABILIDADE FAMILIAR: CONCEPÇÕES DOS AGENTES**  
**COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Profª Dra Joana Angélica Barbosa Garcia

---

Prof Dr Aluisio Gomes da Silva Junior

---

Prof Dr Carlos Eduardo Aguilera Campos ( Orientador)

## **AGRADECIMENTOS**

À equipe do CMS Chapeu Mangueira Babilônia, pelo apoio e compreensão nos momentos em que me ausentei para o estudo.

Aos Agentes Comunitários de Saúde da equipe Chapeu Mangueira, Andrea, Jacinto (*in memoriam*) Jocimara, Leonardo, Márcia, Maria Helena, Patrícia e Roberta pela fonte de inspiração.

À equipe do CMS Manoel José Ferreira, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde que viabilizaram a realização deste trabalho.

Ao professor Carlos Eduardo Aguilera Campos, pelo incentivo a novas formas de pensar, e pela orientação ao longo deste novo caminho.

Aos meus colegas de mestrado, pelo apoio e companheirismo nos momentos de dúvidas e incertezas.

A Marcos Paulo, por manter a serenidade.

Aos meus pais, por tudo.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS / SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CMSMJF	Centro Municipal de Saúde Manoel José Ferreira
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
DOTS	Tratamento diretamente supervisionado
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PADI	Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso
PIB	Produto Interno Bruto
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE</b>	<b>9</b>
<b>2.1 O contexto histórico do agente comunitário de saúde</b>	<b>9</b>
<b>2.2 O agente comunitário de saúde a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural e a visita domiciliar</b>	<b>16</b>
<b>2.3 O agente comunitário de saúde e a visita domiciliar</b>	<b>17</b>
<b>3 VULNERABILIDADE</b>	<b>20</b>
<b>3.1 A distinção entre vulnerabilidade e risco</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Vulnerabilidade e determinantes sociais em saúde</b>	<b>27</b>
<b>4 OBJETIVO GERAL</b>	<b>29</b>
<b>4.1 Objetivos específicos</b>	<b>29</b>
<b>5 METODOLOGIA</b>	<b>30</b>
<b>5.1 Abordagem do problema</b>	<b>30</b>
<b>5.2 Cenário de estudo</b>	<b>30</b>
<b>5.3 Sujeitos do estudo</b>	<b>31</b>
<b>5.4 Instrumento para a coleta de dados</b>	<b>31</b>
<b>5.5 Análise do material</b>	<b>32</b>
<b>5.6 Questões éticas</b>	<b>32</b>
<b>6 ANÁLISE E DISCUSSÃO</b>	<b>33</b>
<b>6.1 Demografia</b>	<b>33</b>
<b>6.2 Organização do processo de trabalho do ACS</b>	<b>35</b>
<b>6.2.1 O ACS e a lógica de programas especiais</b>	<b>36</b>
<b>6.2.2 O ACS e a lógica da vigilância</b>	<b>39</b>
<b>6.3 O ACS e o acesso</b>	<b>44</b>

<b>6.4 o ACS como ator social</b>	<b>46</b>
<b>6.5 O ACS e dimensão psicossocial</b>	<b>49</b>
<b>6.6 Concepção de vulnerabilidade</b>	<b>52</b>
<b>6.7 Fluxos</b>	<b>54</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro para entrevista</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE C – Entrevistas</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO A – FICHA A</b>	<b>120</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A motivação para a pesquisa surgiu da observação durante a minha prática como médica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) desde o ano de 2008 do processo de planejamento das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs).

A figura do ACS sempre despertou interesse devido a seu potencial de protagonista na reestruturação e consolidação de um novo modelo assistencial de saúde. A sua função híbrida e polifônica, ora assumindo saberes médicos-científicos, ora priorizando saberes populares torná-lo-ia um dos atores mais intrigantes da equipe de saúde. Inserindo-se de forma estratégica como primeiro contato e acesso entre a população e o serviço e sistema de saúde, a relação de trocas estabelecida entre esses saberes aparentemente antagônicos tornaria o ACS um veiculador de contradições. Ao mesmo tempo em que esta posição pode desencadear debates profundos sobre as interseções e diálogos entre esses dois saberes também pode ser um fator imobilizador e subutilizado, quando não colocado em foco para debate.

Havia o anseio em entender de que forma eram priorizadas as visitas domiciliares e quais critérios eram privilegiados pelos ACSs. A partir deste questionamento surgiu a dúvida se estávamos conseguindo identificar adequadamente as famílias e indivíduos mais vulneráveis do território de abrangência de nossa equipe utilizando as ferramentas que nos eram propostas.

A identificação e reconhecimento de vulnerabilidades de famílias e indivíduos em nosso território de abrangência estaria diretamente relacionado ao princípio de equidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Whitehead, 1992: “ Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social. ”. Diferentemente do termo “igualdade”, que indicaria uma distribuição homogênea, destinando a cada pessoa a mesma quantidade de bens ou serviços, a equidade levaria em consideração as necessidades de cada indivíduo.

De acordo com o princípio de equidade do SUS aqueles com maiores necessidades de saúde também devem ser alvo de maior atenção. O objetivo final do princípio da equidade é atingir a igualdade tratando desigualmente os desiguais, reduzindo assim as disparidades observadas. Incluiria aí a garantia do acesso à atenção em saúde levando em consideração as especificidades de cada indivíduo e a indução de políticas para populações em condições de vulnerabilidade.

As desigualdades e disparidades sociais desempenham um importante papel na determinação dos perfis epidemiológicos de saúde e doença. A saúde seria um produto social, rompendo com o paradigma do risco e da multicausalidade. Conseqüentemente, algumas formas de organização social seriam mais sadias do que outras. Daí a importância da identificação dessas disparidades para melhor atuação do serviço e da equipe de saúde sobre as iniquidades.

Para a identificação destas famílias e indivíduos poderíamos empregar modelos e escalas já existentes na literatura de avaliação de risco e vulnerabilidade familiar, como a escala de Coelho e Savassi (COELHO, 2004) ou contar com as informações trazidas pelos ACSs. Em nossa rotina, esta segunda opção era a mais utilizada para a organização e priorização das visitas por acreditarmos que a visão do ACS seria mais sensível na identificação de vulnerabilidades em detrimento da aplicação de uma escala contendo parâmetros pré-definidos. Enquanto escalas contemplam apenas critérios objetivos, a valorização do ACS na identificação destas famílias justificar-se-ia por acrescentar também critérios subjetivos à avaliação.

Em sua prática profissional o ACS tem como parte de suas atribuições a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade e a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família (BRASIL, 2006). Considerando que o ACS é morador do território onde atua, e compartilha muitas vezes da mesma bagagem cultural e social dos indivíduos que visita, ele seria um dos principais atores no processo de identificação destas famílias e indivíduos vulneráveis. Entretanto na prática, havia a dúvida se os critérios utilizados pelo ACS seriam heterogêneos variando de acordo com o profissional. Famílias consideradas de risco por um ACS não necessariamente receberiam a mesma avaliação se visitados por outro ACS. Foi percebida então uma possível falta de padronização nos critérios utilizados pelo ACS para reconhecimento destas famílias.

Surgiu então o interesse em conhecer as concepções de vulnerabilidade dos ACSs, pois antes de entender quais critérios estavam sendo utilizados para definir situações de vulnerabilidade seria importante compreender a própria definição dos ACSs deste conceito e sua aplicabilidade no planejamento das visitas domiciliares no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O objetivo assim desta pesquisa foi compreender as concepções dos ACS sobre vulnerabilidade e quais os critérios utilizados para esta definição e para priorização das visitas domiciliares, além de tentar identificar as ações propostas após o reconhecimento de famílias ou indivíduos vulneráveis residentes no território.

## **2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

### **2.1 O contexto histórico do agente comunitário de saúde**

A figura do trabalhador comunitário de saúde não é exclusividade do Brasil. O termo agente comunitário de saúde e suas variações refere-se no mundo a uma série de tipos de trabalhadores, variando em suas modalidades e áreas de atuação. Tem em comum, entretanto a relação íntima com a comunidade e com os serviços de saúde.

Na literatura internacional as discussões sobre agentes comunitários de saúde foram particularmente intensas principalmente durante a década de 1980, estimuladas pela declaração de Alma Ata de 1978, na qual eram identificados como componentes chave na execução das metas propostas.(LEHMANN, 2007) A declaração de Alma Ata enfatizava a atenção primária à saúde (APS) como primeiro nível de contato com o sistema de saúde e a participação individual e coletiva dos povos no planejamento e na execução de seus cuidados em saúde. (OMS, 1978) Pressupunha assim, a “participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, incluindo “praticantes tradicionais” (curandeiros, parteiras) e agentes de saúde da comunidade treinados para tarefas específicas, contrapondo-se ao elitismo médico” (GIOVANELLA, 2012 p.497). Na década de 1990 o interesse sobre o tema parece arrefecer, contrastando com o que ocorre no Brasil, sendo retomado na segunda metade dos anos 2000 devido ao impacto da pandemia de HIV/AIDS. (LEHMANN, 2007)

A utilização de agentes de saúde comunitários era adotada já no final da década de 1960 por muitos países. Na China, a experiência dos “médicos descalços chineses”, começou a emergir em meados dos anos 1950 e no final da década de 1960 já existiam em grande número. Foi um modelo difundido mundialmente onde leigos exerciam atividades que combinavam cuidados preventivos e curativos, alopatia e medicina tradicional em regiões da China rural. Smith (1974) chama a atenção para a inadequação do termo, já que os “médicos descalços chineses” não eram médicos e não andavam descalços. Constituíam-se por camponeses que haviam recebido algum treinamento básico em saúde, e que exerciam sua função de auxiliar de saúde em tempo parcial, continuando a exercer concomitantemente seu trabalho agrícola. (SMITH, 1974)

Após a declaração de Alma Ata de 1978 o uso de trabalhadores comunitários de saúde tornou-se mais difundido mundialmente. A literatura inicial da época já enfatizava e reconhecia o papel dos trabalhadores de saúde não só como provedores de informações e orientações em saúde, mas também como advogados da comunidade e agentes de transformação social,

funcionando como porta-voz da comunidade no combate às iniquidades e defensores dos direitos e necessidades de sua comunidade. (WERNER, 1981)

Internacionalmente, Bhattacharyya et al. and Gilroy & Winch listaram trinta e seis termos pelos quais os Agentes Comunitários de Saúde são conhecidos em diferentes países.

Tabela 1 – Nomenclatura alternativa para Agentes Comunitários de Saúde em diferentes países

<b>Título</b>	<b>País</b>
Aticvista	Mozambique
Agente comunitário de Salud	Peru
Agente comunitário de saúde	Brazil
Angawandi	India
Animatrice	Haiti
Barangay health worker	Phillippines
Basic health worker	India
Brigadista	Nicaragua
Colaborador voluntario	Guatemala
Community drug distributor	Uganda
Community health agent	Ethiopia
Community health promoter	various countries
Community health representative	various countries
Community health volunteer	Malawi
Community health worker	various countries
Community nutrition worker	India
Community resource person	Uganda
Female community health volunteer	Nepal
Female multipurpose health worker	Nepal
Health promoter	various countries
Kader	Indonesia
Lady health worker	Pakistan
Maternal and child health worker	Nepal

Continua

Monitora	Honduras
Mother coordinator	Ethiopia
Outreach educator	various countries
Paramedical worker	India
Promotora	Honduras
Rural health motivator	Swaziland
Shastho shebika	Bangladesh
Shastho karmis (leaders of shastho shebika)	Bangladesh
Sevika	Nepal
Traditional birth attendant	various countries
Village drug-kit manager	Mali
Village health helper	Kenya
Village health worker	various countries

---

Fonte: Bhattacharyya et al., 2001; Gilroy & Winch, 2006

A implantação de agentes de saúde em diversos países deu-se essencialmente por duas razões principais. A primeira seria a falha dos serviços baseados em centros de saúde em oferecer assistência adequada às populações para seus principais problemas de saúde a um custo acessível. A segunda seria o reconhecimento de que o uso de medicamentos e cuidados médicos e de enfermagem apenas, teria pouca influência nos fatores culturais, ambientais e sociais da morbimortalidade. A atuação dos agentes iria além dessas funções, influenciando essas causas de adoecimento. A mobilização dos agentes de saúde seria um modo de levar cuidado em saúde a locais não acessados pelos serviços de saúde oficiais, com protagonistas provenientes do mesmo contexto histórico e cultural que a população atendida. (OMS, 1989)

Nkonki, 2011 faz levantamento de alguns países que instituíram o trabalhador comunitário de saúde nacionalmente:

Tabela 2 – Países com programas nacionais para trabalhadores “leigos” de saúde

País	Programa	Ano de início	Numero treinado
Bangladesh	Bangladesh Rural Advancement Committee – Community Health Worker Programme	1977	78000
Tailândia	Village Health Volunteer Programme	1970	80000
Haiti	Projeveye santé (Zanmi Lasantes Community Health Programme)	1985	>1600
Etiópia	Health Extension Programme	2004	30190
Moçambique	Agentes Polivalentes Elementares	1978	<1000
Paquistão	Lady Health Worker Programme	1994	92957

Fonte: NKONKI, Lungiswa; CLIFF, Julie; SANDERS, David.2011

Em 1989, a Organização Mundial de Saúde propunha a definição do termo trabalhador comunitário de saúde (Community Health Worker):

trabalhadores membros da comunidade onde atuam, selecionados pela comunidade, responsáveis por suas atividades na comunidade, mantidos e sustentados pelo sistema de saúde sem necessariamente ser parte de sua organização, com tempo de treinamento mais curto que dos trabalhadores profissionais. (OMS, 1989 tradução nossa)

Atualmente, existem 5.492 municípios no Brasil com Agentes Comunitários de Saúde, contabilizando 265.698 ACS implantados, cobrindo um número estimado de 128.694.369 pessoas, que corresponderia a 66,35% da população brasileira. O pioneirismo do Ceará e outros estados do Nordeste tem repercussões até os dias atuais, sendo a região do país com maior cobertura populacional, tendo uma proporção de cobertura populacional estimada em 87,38%. O estado com maior cobertura populacional é o Tocantins, com 99,97% de cobertura, seguido do Piauí, com 99,94%. A região Sudeste tem a menor cobertura proporcional, contabilizando 51,66%. Nesta região, a menor cobertura é do estado de São Paulo, com 39,01%, seguido do estado do Rio de Janeiro com 49,77%. No município do Rio de Janeiro temos 5.062 ACS implantados com uma cobertura estimada de 45,55% da população. (Quadro 1)

Quadro 1 Implantação de Agente Comunitário de Saúde por UF no Brasil

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB  
 Implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde  
 Unidade Geográfica: Região - Todas  
 Competência: Dezembro de 2014

Região	UF	Estado	População	Agentes Comunitários de Saúde		
				Nº de Municípios com ACS	Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada
CENTRO-OESTE	DF	DISTRITO FEDERAL	2.648.532	1	1.005	21,82
	GO	GOIÁS	6.154.996	246	8.281	66,25
	MT	MATO GROSSO	3.115.336	141	4.965	75,91
	MS	MATO GROSSO DO SUL	2.505.088	79	4.477	93,63
Qtde de Estados		4	14.423.952	467	18.728	64,93
NORDESTE	AL	ALAGOAS	3.165.472	102	5.660	78,29
	BA	BAHIA	14.175.341	417	26.194	84,58
	CE	CEARÁ	8.606.005	184	14.784	83,18
	MA	MARANHÃO	6.714.314	217	15.766	89,74
	PB	PARAÍBA	3.815.171	223	8.389	98,71
	PE	PERNAMBUCO	8.931.028	185	15.627	87,83
	PI	PIAUÍ	3.160.748	224	7.264	99,94
	RN	RIO GRANDE DO NORTE	3.228.198	167	5.771	82,53
SE	SERGIPE	2.110.867	75	4.182	95,54	
Qtde de Estados		9	53.907.144	1.794	103.637	87,38
NORTE	AC	ACRE	758.786	22	1.648	97,92
	AP	AMAPÁ	698.602	16	1.118	82,41
	AM	AMAZONAS	3.590.985	62	6.399	67,66
	PA	PARÁ	7.822.205	144	14.778	82,22
	RO	RONDÔNIA	1.590.011	52	3.000	84,05
	RR	RORAIMA	469.524	15	726	71,41
	TO	TOCANTINS	1.417.694	139	3.598	99,97
Qtde de Estados		7	16.347.807	450	31.267	81,17
SUDESTE	ES	ESPÍRITO SANTO	3.578.067	78	5.316	71,21
	MG	MINAS GERAIS	19.855.332	851	30.292	76,36
	RJ	RIO DE JANEIRO	16.231.365	91	14.625	49,77
	SP	SÃO PAULO	41.901.219	596	29.292	39,01
Qtde de Estados		4	81.565.983	1.616	79.525	51,66
SUL	PR	PARANÁ	10.577.755	398	12.592	62,46
	RS	RIO GRANDE DO SUL	10.770.603	473	10.066	48,89
	SC	SANTA CATARINA	6.383.286	294	9.883	77,54
Qtde de Estados		3	27.731.644	1.165	32.541	60,66
Total Geral		27	193.976.530	5.492	265.698	66,35

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Estado do Ceará foi a primeira experiência em grande escala com Agentes Comunitários de Saúde. Em 1987 iniciou-

se como um plano emergencial para atendimento às vítimas de um longo período de seca de inusitadas proporções, trazendo a oportunidade de empregar milhares de moradores de áreas carentes em atividades de promoção, prevenção e educação em saúde, com remuneração garantida pelos fundos especiais de emergência do Governo Federal. Os moradores empregados eram em sua maioria mulheres com maior facilidade de comunicação e relacionamento com seus vizinhos. Essas mulheres possuíam poucos anos de estudo, sendo algumas delas analfabetas. Entre setembro de 1987 e agosto de 1988 foram contratadas 6113 pessoas em 118 municípios do sertão do Ceará, que após treinamento de duas semanas iniciaram suas atividades desenvolvendo ações simples, porém com alto impacto na morbimortalidade infantil, como estímulo ao aleitamento materno, à imunização e orientações para terapia de reidratação oral.

Em 1988 o plano emergencial foi desativado e no mesmo ano iniciou-se o PACS do Ceará, coordenado pela mesma equipe. Em 1990, após publicação de Relatório de Projeto de Avaliação, coordenado pela secretaria estadual de saúde do Ceará com apoio do UNICEF o Programa atingiu grande visibilidade a partir da melhoria dos indicadores básicos de saúde no estado do Ceará. O relatório indicava eficiência na disseminação de conhecimento e tecnologias de proteção da saúde das comunidades pelos agentes de saúde e resultados positivos na queda de mortalidade infantil por diarreia e de doenças imunopreveníveis, e aumento da cobertura vacinal e do controle de câncer de colo do útero. (MINAYO,1990).

Após diversas experiências exitosas no país, em especial a supracitada no estado do Ceará, o Ministério da Saúde iniciou, em 1991 a implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), com área de atuação inicialmente na região Nordeste do país. Os ACSs eram subordinados às unidades básicas de saúde locais e eram supervisionados por enfermeiras. Em razão da cobertura médico-sanitária embrionária nessas regiões os ACSs foram paulatinamente sendo qualificados para exercer outras funções, como cadastramento da população, diagnóstico comunitário, identificação de áreas de risco e promoção de ações de proteção à saúde da criança e da mulher, frente à vulnerabilidade desses grupos. (GIOVANELLA, 2012) No ano seguinte o PNACS passaria a denominar-se PACS. O PACS condizia, entretanto, a um programa de atenção primária seletiva, por ser centrado na atuação de leigos sem formação previa na área de saúde e elenco restrito de ações. A compreensão de que ainda que realizadas fora da unidade de saúde, as ações do ACS não eram alheias aos serviços de saúde contribuiu para a institucionalização do ACS. (GIOVANELLA, 2012)

Foi entretanto instituído e regulamentado apenas em 1997, quando iniciou-se a consolidação da descentralização dos recursos para o SUS. (BRASIL, 2001).

No ano de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi oficializado. O Ministério da Saúde institucionaliza assim as diversas experiências que já vinham ocorrendo no país com Agentes Comunitários (nos estados do Paraná e Mato Grosso do Sul de forma focal, e no estado do Ceará como políticas estadual conforme citado anteriormente). (VIANA & DAL POZ, 1998) A figura do ACS passou a fazer parte de uma equipe, que passou a ser composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Inicialmente, a equipe do PSF deveria residir no território de atuação. Posteriormente, este critério permaneceu obrigatório apenas para o ACS. Cada equipe seria responsável pelo atendimento de oitocentas a mil famílias. O PACS continuou coexistindo com o PSF e nos municípios onde ele se manteve era considerado um modelo de transição para o PSF. O PSF seria implantado prioritariamente nas áreas de risco e o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e as áreas nele delimitadas serviriam de base para priorização e determinação da população-alvo.(PELLIANO,1993). O PSF seria um instrumento de reorganização do SUS e de municipalização. (VIANA & DAL POZ, 1998). Formulado em sua origem vinculado a um modelo sanitário, tem sido reestabelecido como estratégia de mudança de modelos hegemônicos de atenção. (PAIM,2012)

Em 1998 o PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do sistema de saúde. A nomenclatura para Estratégia de Saúde da Família é então alterada a partir da portaria nº 648, de 28 de março de 2006

Pode-se considerar assim, o PACS como precursor do PSF, pois o primeiro já trazia em sua abordagem muitos conceitos reafirmados pelo PSF, como: a noção de área de cobertura e adscrição de clientela; o enfoque familiar, tendo a família como núcleo básico da abordagem; a busca ativa das necessidades de saúde da população, não assumindo a postura passiva de espera e um enfoque de integração comunitária além de visão menos reducionista sobre a saúde, sendo todos esses elementos centrais para a construção do PSF. (VIANA & DAL POZ, 1998)

Em 1999, através do decreto 3.189 o governo federal define as atribuições do ACS e em 10 de julho de 2002, aproximadamente quinze anos após as primeiras experiências, é criada a profissão de ACS, através da lei 10.507.

O ACS passa a ser um dos atores mais ricos e intrigantes da equipe de Saúde da Família por ser um interlocutor entre os saberes biomédicos e populares. Seu caráter híbrido, onde ao mesmo tempo representa o serviço de saúde onde atua e a população do território onde mora coloca-o ao mesmo tempo em posição de constante conflito, porém privilegiada para discussões

profundas sobre esses conceitos. A lei em vigor, número 11.350 de outubro de 2006, define as atribuições e atividades do ACS:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Uma vez que as funções dos ACSs transcendem o campo da saúde, para conseguir cumprir suas atribuições o ACS também deve possuir concepções de saúde e modos de viver que alcancem além do modelo biomédico.

O Agente aparece nos diferentes programas oficiais, como um personagem fruto de uma tentativa de juntar as perspectivas da atenção primária e da saúde comunitária, buscando resolver questões, como o acesso aos serviços, no que lhe corresponde de racionalidade técnica, mas também integrando as dimensões de exclusão e cidadania, ou seja, o desafio de juntar o polo técnico ao polo político. (SILVA; DALMASO, 2002 p. 77)

Das atribuições e atividades descritas, destacamos a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade e a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família.

## **2.2 O agente comunitário de saúde a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural e a visita domiciliar.**

Os principais instrumentos que o ACS utiliza, que alimentam o sistema de informação em atenção básica (SIAB), são a ficha A ( para cadastramento das famílias), as fichas B de

acompanhamento de gestantes, (FICHA B-GES), hipertensos (FICHA B-HA), diabéticos (FICHA B-DIA), tuberculose (FICHA B-TB) e hanseníase (FICHA B-HAN) e as fichas C para acompanhamento de crianças. A ficha A deve ser preenchida na primeira visita do ACS ao domicílio e nos fornece dados acerca do perfil sócio-demográfico-sanitário da família. A ficha A dá destaque a algumas condições que devem ser observadas pelo ACS, que referem-se tanto ao domicílio: como tipo de casa (material de construção) e número de cômodos, acesso à energia elétrica, destino do lixo, tratamento da água no domicílio, abastecimento de água, destino de fezes e urina; quanto aos seus moradores, como: possuir plano de saúde, alfabetização de pessoas com quinze anos ou mais, ocupação, frequência à escola de pessoas com catorze anos ou menos, participação em grupos comunitários, meios de comunicação, transporte e serviço de saúde que mais utiliza e condições referidas como alcoolismo, epilepsia, hanseníase, chagas, gestação, malária, deficiência, hipertensão arterial, diabetes e tuberculose.

O município do Rio de Janeiro acrescenta algumas condições a serem observadas na FICHA A, além das já supracitadas na ficha A do Ministério da Saúde, como situação familiar ( se vive só, com companheiro, etc...) , renda familiar, a natureza da escola que frequenta ( se pública ou particular), a escolaridade, tabagismo, se cultiva e/ou utiliza plantas medicinais, condições de saúde bucal, condições de saúde referidas como obesidade, idoso, desnutrição, aleitamento, AIDS, câncer, transtorno mental, violência doméstica, tentativa de suicídio, uso de drogas ilícitas, uso de psicofármacos, internação psiquiátrica nos últimos doze meses, asma, sintomático respiratório e sintomático dermatológico.

Ressaltamos aqui que apesar de ser uma importante atribuição do agente comunitário de saúde, os instrumentos para diagnóstico sociocultural disponibilizados ao ACS não parecem abarcar toda a complexidade que a tarefa exige:

No trabalho do agente, no realizar ações e interações, há uma série de situações para as quais a área da saúde ainda não desenvolveu nem um saber sistematizado nem instrumentos adequados de trabalho e gerência, que compreendam desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania. (SILVA; DALMASO 2002 p.79)

### **2.3 O agente comunitário de saúde e a visita domiciliar**

Assim como as fichas A, B e C, a visita domiciliar também é um instrumento potente de diagnóstico comunitário e é definida como tecnologia no cuidado à saúde da família. Diferentemente das fichas A, B e C, a visita domiciliar é realizada por todos os membros da equipe da equipe da ESF, estando prevista para o técnico / auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico. O que diferencia o ACS neste sentido é que o mesmo tem a visita domiciliar como

a sua principal atividade , além de possuir enfoque diferente e específico daquele realizados pelos demais profissionais.

Conforme define Albuquerque e Bossi (2009),

O PSF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. (ALBUQUERQUE & BOSSI, 2009, p.1104)

A visita domiciliar esteve presente na prática da assistência dos serviços de saúde pública em diferentes momentos históricos. Sua finalidade, entretanto, mudou conforme o panorama político vigente à época. Na década de 1920, era voltada ao controle e erradicação de epidemias de doenças infectocontagiosas. Ainda na década de 1920, no ano de 1921 um grupo de enfermeiras americanas vem ao Rio de Janeiro com o intuito de instituir um curso para treinamento de visitadoras, que mais tarde deu origem à Escola de Enfermagem Ana Nery. Na década de 1940 continuou sendo utilizada como meio de fiscalizar os domicílios, com intuito curativo, na tentativa de mudança do perfil epidemiológico vigente na época, que se destacava ainda pela alta prevalência de doenças infectocontagiosas, com destaque para a tuberculose. O autoritarismo sanitário era explícito. (SANTOS, 2008) Entre as décadas de 1950 e 1970 perde seu destaque devido a conjunturas políticas e históricas da época. A partir da reforma sanitária e com a criação do SUS a visita domiciliar retorna como importante instrumento, desta feita , porém , tendo como principais protagonistas os ACSs e não mais os enfermeiros.

A função de agente comunitário de saúde, porém com o nome de agente de saúde, já era prevista na declaração de Alma Ata em 1979, indicando que o primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde seria através deste profissional. (OMS/UNICEF, 1979)

Em 1991, com a criação do PACS, a visita domiciliar volta a ser um importante instrumento da prática, porém com uma mudança de paradigma quanto aos seus objetivos, deixando de ser uma prática voltada para a vigilância para voltar-se para a promoção de saúde da coletividade. A visita domiciliar passa a destacar-se como a principal ferramenta para informação em saúde, educação em saúde, ações de prevenção e promoção e elo entre os serviços de saúde e a comunidade e como um dos principais meios para a equipe conhecer as condições de vida e saúde das famílias do seu território.

Apesar de ser apenas uma das seis atribuições previstas para o ACS na lei 11.350, a visita domiciliar acaba sendo a atividade de maior destaque do ACS, em virtude do tempo dedicado à mesma. São as atividades externas à unidade mais realizadas. Há que se ressaltar que a própria lei que define as atribuições do ACS prevê que a visita domiciliar seja realizada para *monitoramento de situações de risco à família*, sem, no entanto, especificar quais seriam essas situações de risco.

Ao observar-se a proposta de atuação do agente comunitário de saúde, pode-se dividi-la em uma dimensão técnica e uma dimensão política. A dimensão técnica incluiria as intervenções de cunho preventivo e informativo e as ações voltadas a grupos específicos (gestantes, hipertensos, crianças, diabéticos entre outros). A dimensão política estaria associada à inserção da saúde no contexto de vida da população e, principalmente à organização da comunidade e transformação das condições de saúde. Neste papel político do ACS observa-se que o mesmo exerce o papel de ator para a reorientação do modelo de atenção à saúde e fomentador da transformação da sociedade, promovendo a cidadania e a inclusão social (DALMASO, 2002). Nogueira e Ramos (2000) realizam essa identificação do trabalho do ACS entre a dimensão técnica e a dimensão social.

A dimensão social do trabalho do agente comunitário teria ainda papel privilegiado quando considerado que o seu principal campo de ação é o território e não se encontraria delimitado e restringido pelas paredes de um consultório.

Partindo do paradigma de que o termo território não se restringe à sua situação de conceito geográfico e de que não pode ser definido simplesmente como um espaço ocupado, e considerando-se que o mesmo é construído a partir de técnicas, meios de comunicação, conjunto territorial e pela dialética do próprio espaço (SANTOS, 2002) o ACS seria personagem ativo desta construção. Por ser um ambiente mutável seria necessário um constante processo de avaliação e reflexão de suas práticas.

Em documento do Ministério da Saúde, reforça-se a importância da compreensão do território como espaço dinâmico e em constante mudança, local de inclusão e promoção de cidadania:

Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. (Brasil, Ministério da saúde, 1997 p.8)

### 3 VULNERABILIDADE

O termo vulnerabilidade, no campo das ciências humanas, era inicialmente fortemente atrelado ao conceito de pobreza. A renda do indivíduo tinha um forte peso em sua mensuração. Entretanto, apesar de ser um determinante importante, percebeu-se que a questão financeira não poderia ser o único fator para avaliá-la. O conceito clássico de vulnerabilidade não levava em consideração o contexto em que os indivíduos estavam inseridos e desconsiderava os processos e relações sociais. As primeiras concepções “não deram conta das complexas raízes desse fenômeno, já que se baseavam apenas no uso de indicadores de renda ou carências que delimitam a insatisfação de necessidades básicas”. (ABRAMOVAY, 2002 p.28).

Vulnerabilidade tem sido utilizada atualmente não apenas nos meios acadêmicos, mas também tem sido escolhido como termo de preferência dos organismos internacionais e entidades governamentais em detrimento ao termo pobreza, já que este refere-se apenas à mensuração da renda monetária. Segundo Vignoli, a vulnerabilidade é o resultado da exposição aos riscos associada a uma incapacidade de resposta e inabilidade de adaptação. (VIGNOLI 2006)

Em busca de uma abordagem mais integral ao conceito, a vulnerabilidade passou a ser analisada sob a perspectiva de *configurações vulneráveis*, a qual não se restringia somente àqueles indivíduos situados abaixo da linha da pobreza, mas contemplava toda a população em geral. (ABRAMOVAY,2002). Assim, a vulnerabilidade passa a ser um conceito mais amplo, que não depende apenas dos efeitos da pobreza e da desigualdade econômica para explicar os diferentes perfis de morbimortalidade em grupos semelhantes. A proposta não é a total exclusão dos níveis socioeconômicos, mas a associação deste contexto a outros aspectos como a ausência de acesso aos serviços de cidadania.

As estratégias e habilidades utilizadas por grupos e indivíduos da população para apropriarem-se dos equipamentos sociais no território devem ser valorizadas para a conceituação do termo, evitando condicioná-lo somente às condições materiais. (TRAVERSO-YEPEZ e PINHEIRO, 2002).

Diferenciando-se do conceito de risco, no qual a prevenção da doença tem o foco na mudança de hábitos individuais, buscava-se um conceito que propusesse uma maior multiplicidade de fatores envolvidos no adoecimento, tais como econômicos, sociais, políticos e culturais.

Assim, a vulnerabilidade estaria intimamente ligada à falta de acesso a equipamentos que tenham potencial de reduzir desigualdades sociais e estaria relacionada à exclusão econômica e social. A análise da relação entre os atores e os respectivos recursos materiais e oportunidades socioeconômicas e culturais presentes no território nos aproxima da compreensão da definição de vulnerabilidade.

A vulnerabilidade sintetiza as situações que tornam as pessoas suscetíveis aos agravos e ao adoecimento. Prioriza um olhar não focado apenas na escassez ou na abundância de recursos materiais, mas, principalmente na capacidade e potencialidade das famílias e indivíduos em lidar com os recursos presentes.

O estudo do conceito de vulnerabilidade nos faz melhor compreender como e por que determinados indivíduos, famílias e grupos sociais são mais suscetíveis a determinados eventos de vida. A vulnerabilidade e a capacidade podem ser concebidas como faces de um mesmo processo, pois estão relacionadas à capacidade de recuperação que o indivíduo pode apresentar. (WISNER, 1998)

Uma definição sucinta, mas esclarecedora, explica a vulnerabilidade como a possibilidade do cidadão em interferir em instâncias de tomada de decisão, seja individual ou coletiva. Quanto menor a possibilidade de interferência do indivíduo nessas instancias, maior seria sua vulnerabilidade. (AYRES, 2012)

No campo da saúde, o termo introduz-se mais concretamente a partir da publicação nos EUA do livro: *Aids in the World*. A adoção do termo vulnerabilidade aplicado à saúde foi resultado direto de confluências entre o ativismo político diante da epidemia de AIDS e o movimento de Direitos Humanos. (AYRES,2009)

O termo vulnerabilidade começou a ser mais largamente utilizado e difundido na saúde coletiva durante a década de 1980, em decorrência de questões levantadas como teorias explicativas após o início da epidemia de HIV/Aids e foi construído a partir de concepções das ciências da saúde e das ciências humanas. Apesar de ser um termo já utilizado por outras áreas, seu surgimento como termo aplicado à saúde deu-se como tentativa de resposta e construção de soluções à epidemia. Durante o início da epidemia, quando tentava-se definir a etiologia da patologia, o uso da epidemiologia clássica proporcionou a identificação de grupos de risco, ou seja, grupos populacionais nos quais eram maiores as chances de se encontrar pessoas infectadas pelo vírus HIV. Entretanto, essa abordagem mostrou-se prejudicial no do ponto de vista da prevenção e cuidado à saúde pois levou ao “isolamento sanitário” de tais grupos. (AYRES,2012) O “isolamento sanitário” estabeleceu-se muitas vezes como a principal proposta de prevenção e os integrantes dos chamados grupos de risco, culpabilizados por sua

condição, com a orientação de absterem-se de doações de sangue e hemoderivados, relações sexuais, uso de drogas injetáveis. Eventualmente, devido ao desconhecimento e ignorância da mídia e público em geral, o “isolamento sanitário” deu lugar ao “isolamento social”, perpetuando discriminação e preconceitos. Assim, a análise de risco proporcionou a identificação do subgrupo populacional mais afetado pela doença, sem, no entanto, trazer luz ao sentido e significado desta distribuição.

“ Talvez a mais importante transformação isolada em nossa maneira de pensar sobre HIV / AIDS no início dos anos 90 tenha sido o esforço de superar essa contradição (entre ‘grupos de risco’ e ‘população geral’) pela passagem da noção de risco individual a uma nova compreensão de vulnerabilidade social, passagem crucial não só para nossa compreensão da epidemia, mas para qualquer estratégia capaz de conter seu avanço. ” (PARKER, GALVÃO 1996, p. 58)

O isolamento do vírus HIV em 1983, o desenvolvimento de um teste diagnóstico em 1985 e a intensa mobilização social liderada pela comunidade homossexual masculina norte-americana fez com que o conceito de “grupos de risco” fosse sendo gradativamente substituído por “comportamento de risco”. O conceito de grupos de risco em meados da década de 1980 começou a sofrer ampla crítica, principalmente por movimentos sociais organizados pelos grupos estigmatizados e isolados socialmente por tal conceito. O conceito evoluiu de “grupos de risco” para “comportamento de risco”. Entretanto, o conceito de comportamento de risco também possui limitações, pois baseia-se na culpabilização do indivíduo. Esse novo enfoque com ênfase no “comportamento de risco” redefine e desloca a noção de risco da culpabilização do indivíduo para a identificação das práticas que expunham e tornavam as pessoas mais ou menos suscetíveis ao HIV, introduzindo o conceito de risco no campo das ciências humanas. Entretanto, notou-se que ainda existia a tendência a responsabilizar apenas o indivíduo pela mudança de hábitos e comportamentos.

Ayres destaca os questionamentos novamente levantados pelos movimentos sociais, que criticavam esta responsabilização unicamente do indivíduo nas medidas de prevenção e mudança de hábitos: “ Como lidar com as diferenças de poder social e acesso ao preservativo? Como uma mulher pode portar e propor o uso do preservativo em sociedades machistas, nas quais deve ser casta, ignorante sobre o sexo e passiva? ” (AYRES, 2012 p. 80)

Novamente os movimentos sociais organizados questionam o conceito de ‘comportamento de risco’ e trazem, através de sua experiência e reflexão, o termo *empowerment* que é traduzido pela literatura brasileira livremente como empoderamento.:

“A discussão do empowerment, termo para o qual não temos tradução adequada, mas que poderia se aproximar de algo como ‘empoderamento’, deixa claro que a mudança para um comportamento protetor na prevenção da Aids não é resultante necessária de ‘informação + vontade’, mas passa por coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial desigualmente distribuídos entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias.” (AYRES, 2009 p.125)

Neste momento fortalecem-se propostas em defesa de estratégias não restritas ao indivíduo, e sim com alcance social e estrutural. Deu-se início a discussões sobre as possíveis associações e correlações entre a posição social do indivíduo na sociedade e comportamento de risco e é neste contexto que são introduzidos os debates sobre o conceito de vulnerabilidade.

Foi concebido um modelo de vulnerabilidade que poderia ser didaticamente dividido em três planos: a vulnerabilidade individual, a vulnerabilidade social e a vulnerabilidade programática.

O conceito de vulnerabilidade é, simultaneamente, construto e construtor dessa reflexão ampliada e reflexiva, que identifica as razões últimas da epidemia e seus impactos em totalidades dinâmicas formadas por aspectos que vão de suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos” (AYRES, 2003. p. 122)

A vulnerabilidade individual referir-se-ia ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática. Incluiria aí os comportamentos individuais, voluntários ou não. Ou seja, seria definida por funções comportamentais (desejo e capacidade de modificar os comportamentos que o tornam suscetível), cognitivas (acesso à informação) e sociais (acesso a recursos e equipamentos) A vulnerabilidade individual colocaria em questão a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições. Na compreensão da vulnerabilidade individual deveria se considerar a trajetória pessoal, os recursos pessoais do indivíduo (nível de conhecimento, escolaridade, acesso à informação, relações familiares, redes de apoio e amizade, relações profissionais) e sua subjetividade (valores, crenças, desejos, atitudes, gestos, falas, interesses e momento emocional). A vulnerabilidade social analisaria as relações sociais, os marcos da cidadania e cenário cultural. A análise de muitos aspectos da vulnerabilidade individual requer a inclusão de elementos sociais para responde-los. Na vulnerabilidade social seriam analisados as liberdades, mobilização e participação social, instituições e poderes, relações de gênero, raciais, étnicas e entre gerações; processos de estigmatização e proteção ou discriminação sistemática de direitos. Na vulnerabilidade social seriam avaliados ainda o acesso

a emprego, saúde, educação, justiça, lazer e esporte e acesso à internet. A vulnerabilidade programática consistiria na análise de quanto e como governos respeitam protegem e promovem o direito à saúde. Compreenderia o acesso dos indivíduos aos equipamentos sociais incluindo aí os serviços de saúde, o vínculo que esses indivíduos possuiriam com o serviço e seus profissionais e na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção. Avaliaria a organização do setor de saúde e dos serviços, destacando-se o acesso e equidade, integralidade, integração entre prevenção promoção e assistência, enfoques interdisciplinares, preparo tecnocientífico dos profissionais, compromisso e responsabilidade dos profissionais, participação comunitária na gestão dos serviços, planejamento, supervisão e avaliação dos serviços, responsabilidade social e jurídica dos serviços. (AYRES 1999).

É importante ressaltar que as análises de vulnerabilidade não descartam e nem prescindem do conceito epidemiológico de risco.

Segundo Ayres, um dos motivos para o sucesso da incorporação do conceito deveu-se à percepção de “ que a epidemia respondia a determinantes cujos alcances iam bem além da ação patogênica de um agente viral específico. (AYRES, 2003. p.121)

Apesar de ter sido inicialmente pensado para a epidemia de HIV/Aids, o conceito de vulnerabilidade pode ser extrapolado para a maioria das condições relevantes para a saúde pública

### **3.1 A distinção entre vulnerabilidade e risco.**

Apesar de muitas vezes observarmos o termo vulnerabilidade sendo utilizado como sinônimo de risco e apesar de guardarem estreita relação histórica, “ a confusão terminológica não traz benefícios a nenhum dos dois conceitos” (AYRES, 2009 p.130) Os conceitos de vulnerabilidade e risco são distintos, apesar de apresentarem relação estreita. Uma das primeiras distinções é o fato do conceito de risco possuir caráter analítico, enquanto a vulnerabilidade quase que inversamente, propõe a síntese. “ Busca universalidade não na reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferências, mas no interesse e possibilidade ‘trans-regionais’ de sua pragmática.” (AYRES, 2009 p.131) A avaliação dos indivíduos sob a ótica da vulnerabilidade propõe a intervenção sobre a suscetibilidade de cada ator, particularizando as relações interpessoais e com o meio e a sociedade.

Outra distinção entre os conceitos de risco e vulnerabilidade é seu caráter “não-probabilístico”

Diferentes disciplinas, como as ciências econômicas, a engenharia, as ciências sociais e a epidemiologia interessam-se e estudam os elementos que constroem o conceito de risco e cada uma delas o aborda de maneira peculiar. As ciências econômicas quantificam o risco para minimizar o custo de possíveis perdas. A engenharia, através da análise de risco, mede o possível impacto de novas tecnologias, como por exemplo, o impacto ambiental e trabalha com o gerenciamento deste risco. As ciências sociais compreendem risco com algo socialmente construído. A epidemiologia, em seu conceito tradicional de risco, tenta quantificá-lo e traçar associações entre condições, eventos e exposição a determinados fatores e o adoecimento do indivíduo. (CASTIEL,2010)

Rodrigues da Silva (1990) sugere três momentos históricos distintos na evolução da Epidemiologia:

- Da constituição pestilencial e dos miasmas, relacionadas às teorias pré-pasteurianas;
- Dos modos de transmissão, cujo início coincide com o da era bacteriológica, que explorava fortemente o comportamento das doenças infectocontagiosas;
- Dos fatores de risco: modelo hegemônico nos nossos dias, que se propõe ao estudo das doenças crônicas não transmissíveis.

Até as descobertas de Louis Pasteur, a teoria dos miasmas era predominante. Na teoria miasmática as doenças teriam como causa os miasmas, representados por odores fétidos e emanções provenientes da matéria orgânica em putrefação. A linha de prevenção em vigência consistia em eliminar as fontes dos miasmas. Entretanto, mesmo antes da descoberta e identificação dos micro-organismos, John Snow propôs em 1849, a partir de análise de mapas que registravam a localidade dos óbitos por cólera na cidade de Londres, a correlação entre as mortes por cólera e o consumo da água de uma determinada bomba d'água da cidade, inferindo que seria algo presente nas fezes dos doentes que estaria causando as mortes e sendo transmitido através da água. A teoria de John Snow contestava a teoria miasmática em voga na época, porém apenas após um novo surto de cólera em 1866 passou a ser seriamente considerada (HERCULANO,2010). Após a descoberta dos micro-organismos, os mesmos começaram a ser responsabilizados pela causa das doenças, dando início a “Epidemiologia dos modos de transmissão”. A linha de prevenção consistia em conter a disseminação dos mesmos através de

intensificação do saneamento básico. Apesar da ideia de “contágio” existir anteriormente, foi a partir da segunda metade do século XIX, com as descobertas de Pasteur que a teoria microbiológica passou a ser plenamente aceita pela comunidade científica e levando à uma falsa sensação de segurança, onde para cada patologia existiria um agente causal unifatorial, passível de ser isolado, levando Emil Von Behring, defensor da epidemiologia bacteriológica a declarar em 1893 que: "o estudo das doenças infecciosas podia agora prosseguir com rumo certo, sem ser desviado por considerações sociais e reflexões sobre política social”

Em meados da década de 1950, com a incorporação do conceito de risco à epidemiologia, foi possível o estudo das doenças crônicas não transmissíveis sob um novo enfoque. Com a transição epidemiológica e a mudança na distribuição da carga de doenças e com um aumento da participação das doenças crônicas não transmissíveis na morbimortalidade a estratégia de prevenção passou a ser o combate às doenças combatendo os fatores de risco a elas associados, entrando assim na “Epidemiologia dos fatores de risco”. Rodrigues (1990), situa artigo publicado por John Gordon em 1956 "*The community problem in coronary heart disease: a challenge for epidemiological research.*" como marco histórico da transição da Epidemiologia dos modos de transmissão para a Epidemiologia dos fatores de risco, onde há a transição da unicausalidade para o conceito de “teia de causalidade”. Neste conceito o estado de saúde e doença é explicado por uma complexa relação entre os fatores de risco e fatores de proteção.

Assim, a partir dos anos 1960 começam a ser propostas novas teorias em substituição à teoria unicausal. Enquanto alguns epidemiologistas sugeriam um modelo “hospedeiro, agente, ambiente” havia outra corrente, representada pela à época denominada Medicina Social, que sugeria um enfoque baseado nos determinantes sociais da doença. À época, a primeira corrente acabou por prevalecer devido a descobertas científicas e acontecimentos históricos do período.

O conceito de risco, na epidemiologia, segundo Ayres (1999), diz respeito às “ chances probabilísticas de susceptibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição aos agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico”

O conceito de risco utilizado atualmente pela epidemiologia é essencialmente analítico, onde se mede a probabilidade do indivíduo adoecer após ser exposto a determinados fatores isolados. Como exemplo, para a prevenção de doenças cardiovasculares tenta-se controlar e

atingir metas para os níveis de colesterol, estresse, obesidade e exposição ao sol e evitar o tabagismo e o sexo inseguro. Quando avaliados individualmente, é possível que cada risco possa “ter uma causa racional e ser razoavelmente explicado, antecipado e receber intervenções para evitar seus efeitos. Entendidos como fenômeno cumulativo e complexo, os riscos parecem ser menos razoáveis.” (CASTIEL, 2010) O risco equivale a efeito, probabilidade de ocorrência de patologia em uma dada população. A crítica a este enfoque quantitativo dado pela epidemiologia aos estudos sobre risco é assumir que uma condição poderia existir isolada dos contextos socioculturais nos quais as pessoas se encontram. A vulnerabilidade, por sua vez, procura trazer os elementos abstratos associados ao processo de adoecimento.

### **3.2 Vulnerabilidade e Determinantes sociais de saúde**

Uma outra maneira de entender os processos de saúde e doença são os determinantes sociais de saúde. Conforme descrito anteriormente, a visão epidemiológica atual é baseada na crença de que os indivíduos seriam totalmente livres para escolher suas condições laborativas, a qualidade de sua habitação e seus comportamentos para colocarem-se em situações de maior ou menor risco para a sua saúde. A ação individual é central neste processo, porém a liberdade de ação é condicionada pelo acesso a oportunidades sociais, políticas e econômicas. É necessário acabar com as privações de liberdade que sejam fatores limitantes para que o indivíduo possa exercer sua função de cidadão. (SEN, 2000). Os fatores de risco não explicariam mais do que 25% da ocorrência dos problemas crônicos de saúde. (BARATA, 2009)

Em março de 2005 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde (Commission on Social Determinants of Health – CSDH) com o objetivo de promover, em escala internacional, a importância dos determinantes sociais de saúde e da necessidade de combate às iniquidades por eles geradas. Em 13 de março de 2006 foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS). Para a CNDSS os determinantes sociais de saúde são os fatores econômicos, sociais, culturais, étnicos, comportamentais e psicológicos que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A definição da OMS é mais breve, definindo os determinantes sociais de saúde como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Segundo Nancy Adler (2008) podemos dividir em três momentos os estudos de iniquidades em saúde: inicialmente, os estudos limitavam-se a estudar a correlação entre pobreza e saúde. Posteriormente a saúde era correlacionada com os vários critérios de estratificação socioeconômica. Atualmente o foco dos estudos está nos mecanismos de produção de iniquidades, sendo a criação da CSDH e da CNDSS exemplo deste momento.

Um dos maiores desafios ao se estudar determinantes sociais e sua implicação na saúde, é conseguir determinar a magnitude impacto de cada determinante isoladamente na situação de saúde das pessoas. Por serem fatores mais gerais de natureza política, social e econômica não existe uma simples relação direta de causa-efeito. (BUSS, 2007). Os níveis de saúde de uma população por exemplo, não podem ser correlacionados diretamente ao produto interno bruto (PIB) de um país. As sociedades mais igualitárias e com menor contraste entre as classes sociais são as que atingem melhores níveis de saúde. Países com maior desigualdade de renda e com frágeis laços de coesão social são os que menos investem em redes de apoio social.

Assim, percebemos que vulnerabilidade e determinantes sociais de saúde são conceitos que estão intimamente relacionados sem entretanto ser este segundo o objetivo nesta pesquisa.

#### **4 OBJETIVO GERAL**

Conhecer as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o conceito de vulnerabilidade

##### **4.1 Objetivos específicos**

- 1) Conhecer as concepções dos ACS sobre o conceito vulnerabilidade
- 2) Identificar os critérios utilizados para priorizar as visitas domiciliares definidos pelos ACSs
- 3) Identificar as ações propostas pelos ACSs para as famílias e indivíduos considerados de risco e/ou vulneráveis

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Abordagem do problema

A proposta para a abordagem do problema foi pesquisa utilizando o método qualitativo. O método qualitativo, segundo Minayo (2013 p. 57) “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem..”. A abordagem qualitativa ajustar-se-ia melhor para a compreensão sob a ótica dos atores de suas histórias sociais, para análises de discursos e para a investigação de relações. Em detrimento de uma abordagem quantitativa, seria o método mais apropriado para a compreensão da lógica interna de um determinado grupo ou processo em estudo (MINAYO, 2013)

### 5.2 Cenário de estudo

O cenário de estudo foi o Centro Municipal de Saúde Manoel José Ferreira (CMSMJF), situado no bairro do Catete, na Zona Sul do município do Rio de Janeiro. De acordo com os modelos de atenção definidos pela secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro, e conforme publicado na Carteira de Serviços editada pela mesma em agosto de 2010, existem atualmente no município do Rio de Janeiro três modelos de atenção nas unidades de atenção primária à saúde:

Unidades tipo A: onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família

Unidades tipo B Mistas: onde somente parte do território é coberto pela Estratégia de Saúde da Família.

Unidades tipo C: onde não há Estratégia de Saúde da Família, mas com território de referência bem definido.

O CMSMJF é categorizado como uma unidade mista, do tipo B. Neste tipo de unidade, apenas uma parte do território de abrangência da unidade é coberto pela estratégia de saúde da família, sendo o restante da área de abrangência atendida pelo modelo tradicional. À época da pesquisa atuavam neste CMS cinco equipes de ESF.

O território da ESF do CMSMJF tem a particularidade de abranger tanto áreas de favela, como áreas em que reside população de classe média e os ACS atuam na assistência a estas

duas populações. O CMSMJF é uma unidade antiga, existe há mais de 20 anos, porem possui a ESF há apenas 4 anos.

### **5.3 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos do estudo seriam os trinta ACSs da ESF do CMSMJF. Considerando-se as características de uma pesquisa qualitativa, não foi utilizado o critério numérico para garantir a representatividade. Foi estimulada a participação de todos os ACSs de cada equipe. Entre os meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015 foram realizadas dezessete entrevistas.

### **5.4 Instrumento para a coleta de dados**

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, que combina questões abertas e fechadas. Os ACSs foram convidados a participar da entrevista de forma voluntária, durante sua jornada de trabalho. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 20 minutos com o seu áudio gravado utilizando-se um gravador digital. A entrevista seguiu um roteiro orientador, que abordou os seguintes pontos: dados demográficos, organização do processo de trabalho do ACS; percepção do conceito de vulnerabilidade e ações propostas a partir das questões percebidas pelo ACS.

A entrevista semiestruturada, por apoiar-se em uma sequência de questões, facilita que todas as hipóteses sejam abordadas na conversa. As questões possuem formulação flexível, que por serem abertas:

Devem evocar ou suscitar uma verbalização que expresse o modo de pensar ou de agir das pessoas face aos temas focalizados. Devem visar, também, facilitar as lembranças dos informantes e que eles principiem a falar sobre o tema, para que se instalem aí, noções de credibilidade (...) Tornam-se entrevistas longas, que irão permitir tanto a análise quantitativa das respostas às questões que abordam pontos objetivos, quanto, e em especial, uma análise qualitativa do discurso dos informantes. (BIASOLI-ALVES, 1998, p.14)

A entrevista permite contato com a reflexão do sujeito sobre a realidade que ele vivencia e acesso à sua maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir e atuar, ideias, crenças, condutas e razões conscientes ou inconscientes para determinadas atitudes ou comportamentos. (MINAYO, 2013).

### **5.5 Análise do material**

O material gravado foi transcrito e analisado e submetido à leitura exaustiva. Seguiram-se as etapas, de: pré- análise, com organização do material; descrição analítica, em que foi realizado estudo aprofundado do material, interpretação referencial do material empírico, em uma reflexão que faz relações entre os achados e a construção teórica dos elementos.

A análise foi realizada tomando-se por base teórica a análise de conteúdo. Bardin (1977) define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, assim sendo, é destacada neste campo, a importância da semântica para o desenvolvimento do método. Entende-se por semântica aqui, a pesquisa do sentido de um texto. A análise de conteúdo não é entretanto apenas objetiva e sistemática. O método de análise de conteúdo é balizado por duas fronteiras: de um lado a fronteira da linguística tradicional e do outro o território da interpretação do sentido das palavras. A técnica de análise de conteúdo refere-se ao estudo tanto dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto dos manifestos (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999). A maior dificuldade na análise de conteúdo é visualizar tanto o que está sendo comunicado objetivamente quanto o que não está aparente na mensagem, que seria o seu conteúdo latente. Entretanto, a análise deve procurar o equilíbrio, evitando o formalismo excessivo, vinculado ao texto e à técnica a ponto de castrar a criatividade do pesquisador, mas também deve evitar a análise com viés subjetivo, quando o pesquisador impõe suas ideias e valores e o texto passa a ser apenas um confirmador desses.

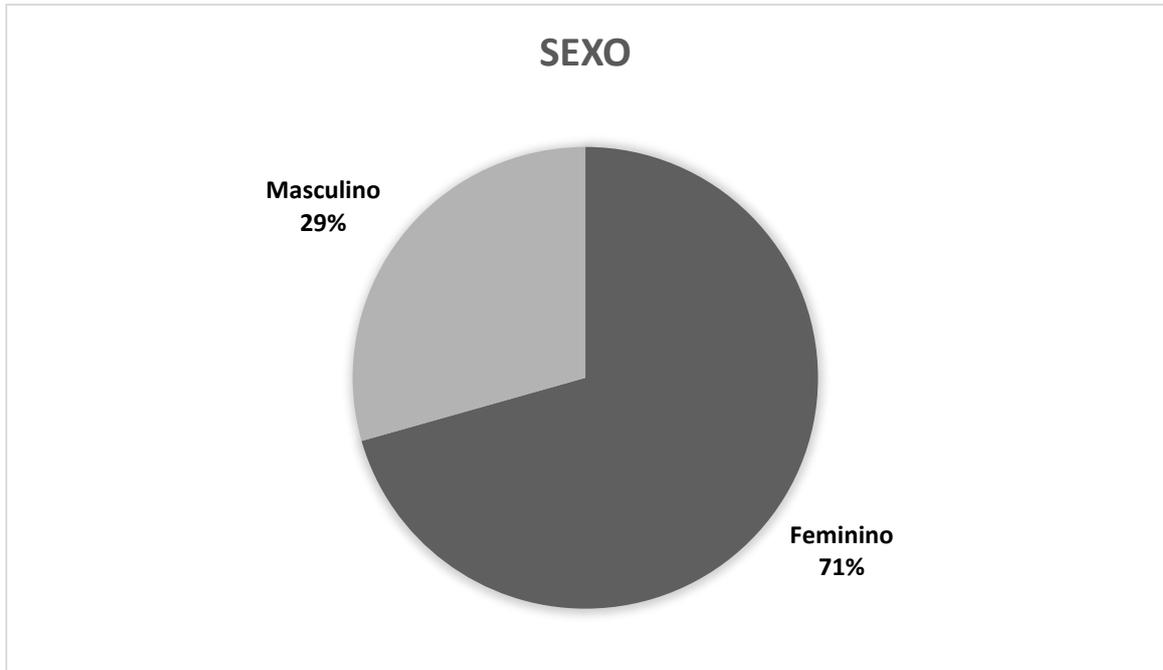
### **5.6 Questões éticas**

Os ACSs convidados para participação nas entrevistas foram informados dos objetivos e métodos da pesquisa, com solicitação de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o sigilo do informante (Apêndice 1). Neste TCLE foi solicitado o consentimento individual de cada participante para efetuar a gravação da entrevista, garantindo o total sigilo em relação a identificação dos participantes com o material obtido

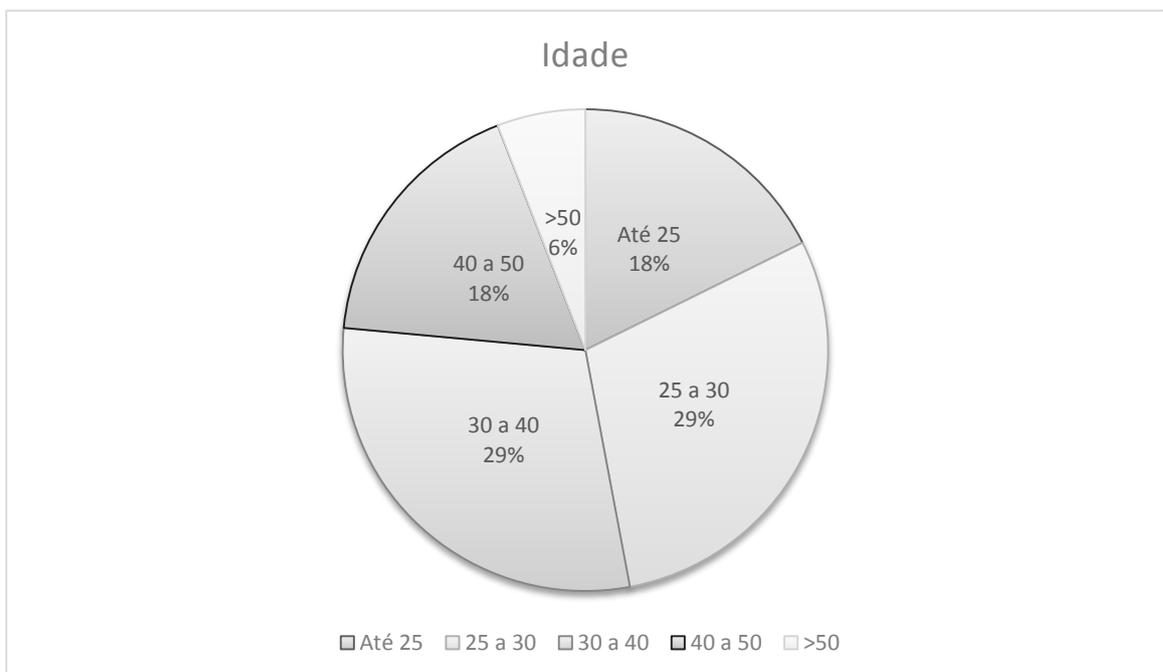
## 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO

### 6.1 Demografia

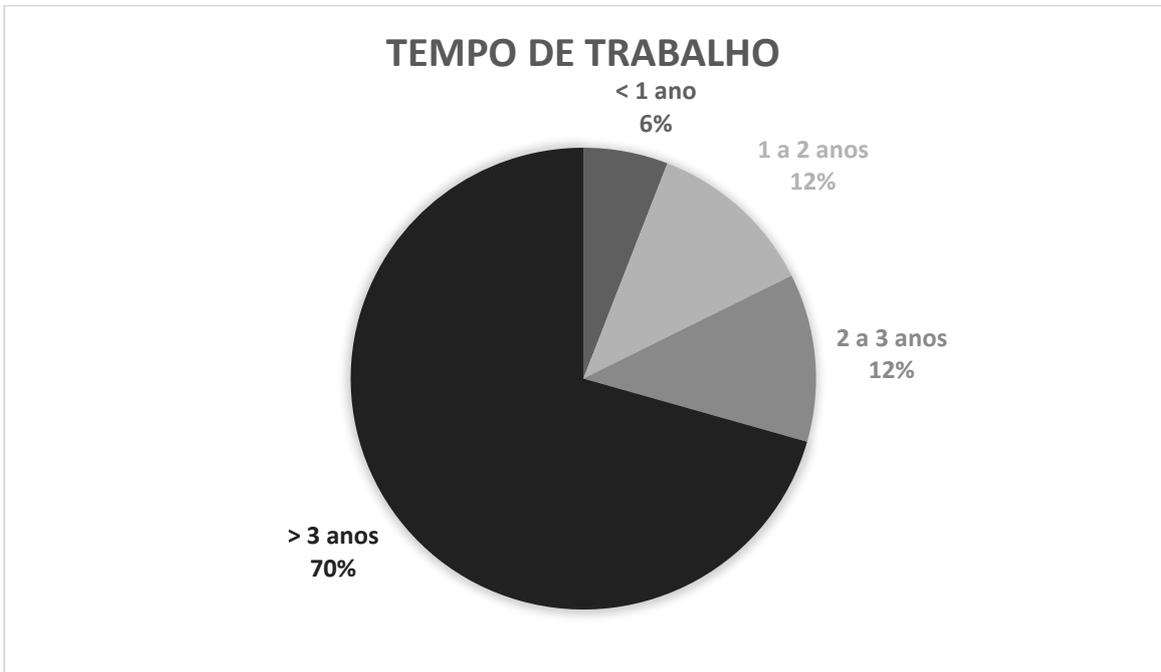
Das 17 entrevistas realizadas, doze entrevistados eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino.



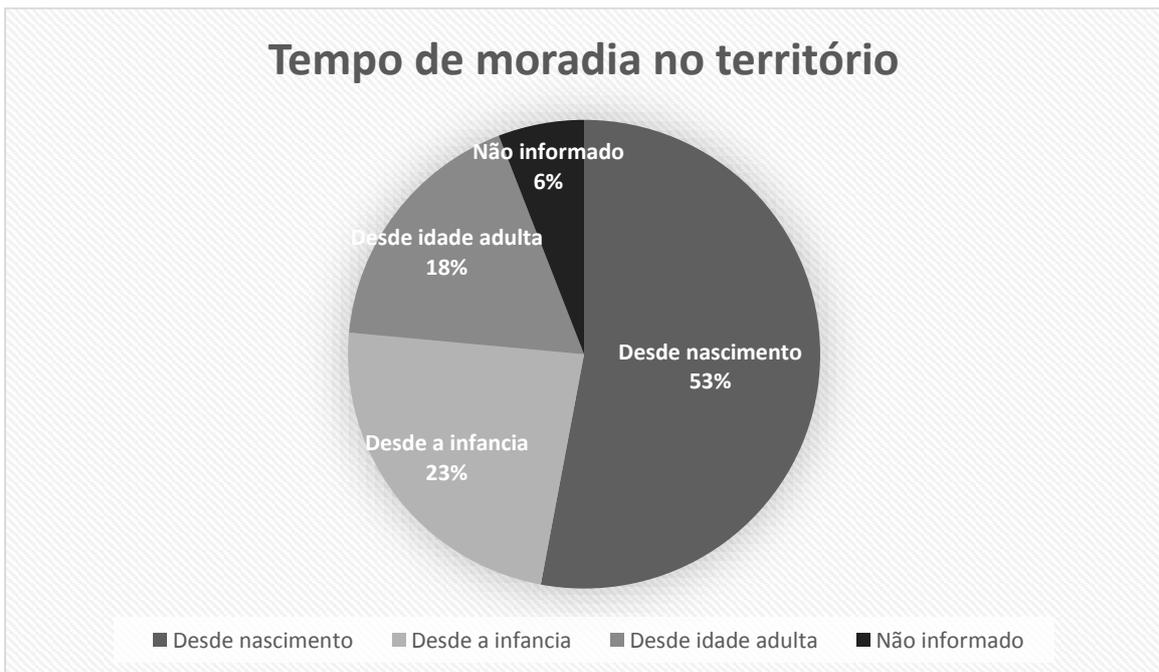
A idade dos entrevistados variou entre 23 e 54 anos, com a média de idade de 33 anos.



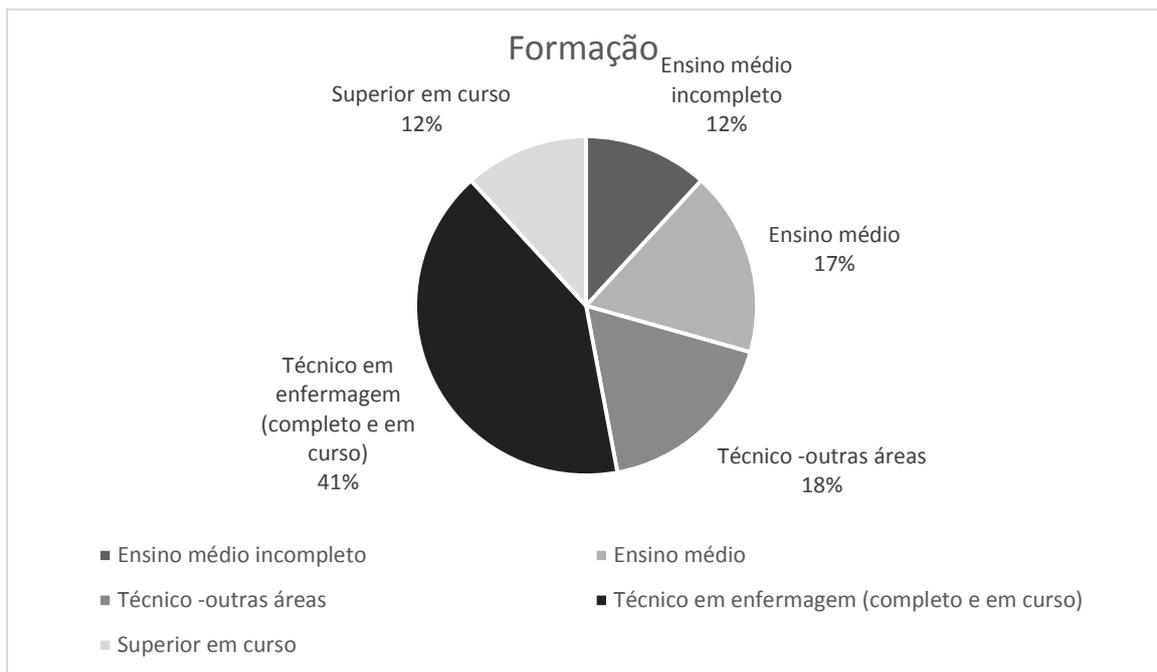
O tempo de trabalho como Agente Comunitário de Saúde variou de 10 meses a 4 anos. A maioria dos ACSs entrevistados trabalha há mais de três anos na unidade.



Dos ACSs entrevistados, nove nasceram no território onde atuam, quatro moram desde a infância ( desde os três anos, quatro anos, cinco anos e dez anos de idade respectivamente), três chegaram adultos ao território e em uma entrevista não consta a informação. Daqueles que chegaram adultos, todos moram há mais de seis anos na área.



Quanto à formação dos entrevistados, destaca-se que sete estavam cursando ou já haviam concluído curso técnico em enfermagem. Três possuíam curso técnico em outra área. Três ensino médio completo. Dois com ensino médio incompleto e dois cursando curso superior (Direito e Enfermagem). Ressalta-se aqui que o maior subgrupo dos entrevistados (41%) consiste-se em ACSs com formação de curso técnico de enfermagem.



A análise dos dados foi dividida em seis categorias: Organização do processo de trabalho do ACS, acesso, o ACS como ator social, dimensão psicossocial, concepção de vulnerabilidade e fluxos

## 6.2 Organização do processo de trabalho do ACS

Os modelos de atenção à saúde podem atender à lógica de necessidades ou à lógica da demanda. No Brasil, historicamente podemos identificar modelos de atenção hegemônicos e propostas alternativas. Dentre os modelos hegemônicos, encontram-se o modelo médico (que segue a lógica da demanda espontânea) e o modelo sanitário (que segue a lógica das necessidades que nem sempre se expressam em demanda). Assim, nos modelos hegemônicos a integralidade da atenção não é contemplada. (PAIM, 2002)

O modelo sanitário, por influência norte-americana, predomina no Brasil desde o início do século XX e gerou dois principais distintos modelos: o campanhista e o verticalista. Toma como objeto os fatores de risco e modos de transmissão e ao fazê-lo recorre à intervenção vertical como resposta. (PAIM, 2002) Como exemplo deste modelo de atenção citamos:

programas especiais (controle da tuberculose, hanseníase, Aids, hipertensão, diabetes); campanhas sanitárias (controle de endemias e epidemias, imunização) e as vigilâncias sanitária e epidemiológicas.

O Agente Comunitário de Saúde, apesar de estar inserido na Estratégia de Saúde da Família considerada um dos modelos de proposta alternativa ao modelo hegemônico sanitário (Vide Quadro 2) apresenta em muitos momentos discurso que foge a esse modelo.

Racionalidade na prestação da atenção	Modelos Hegemônicos	Propostas alternativas
Demanda	MODELO MÉDICO	Oferta organizada Acolhimento Linhas de cuidado
Necessidades	<p><b>MODELO SANITARISTA</b></p> <p>Campanhas sanitárias</p> <p>Programas especiais</p> <p>Vigilância sanitária</p> <p>Vigilância epidemiológica</p> <p>Pacs / PSF</p>	<p>Ações programáticas em saúde</p> <p>Vigilância da saúde</p> <p>ESF</p> <p>Distritalização</p> <p>Promoção da saúde</p>

Fonte: Giovanella 2012 p. 483

### 6.2.1 O ACS e a lógica de programas especiais

Na lógica dos programas especiais, preserva-se a essência do modelo sanitário. São programas baseados em fatores de risco, grupos etários e gênero (Aids, hipertensão e diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do trabalhador).

É como se a mulher não fosse adulta, nem trabalhadora, ou como se crianças, adolescentes e idosos não tivessem sexo. E na medida em que muitos desses grupos estão sujeitos às violências, apresentam transtornos mentais e não estão livres de doenças como tuberculose, diabetes, hipertensão e hepatites virais, reproduzem-se interseções ou superposições entre os programas, ampliando a ineficiência, as dificuldades gerenciais e a burocratização das atividades. (PAIM, 2002, p. 471)

Durante as falas dos ACS, evidenciamos ações pautadas na lógica de programas especiais. A prática específica do ACS é direcionada a grupos e/ou fatores de risco (diabéticos, hipertensos, gestantes) que também são utilizados como forma de priorização de suas visitas:

Minha rotina é visitar as famílias da minha micro área (...) acompanhar os diabéticos, hipertensos, gestantes, crianças... basicamente é isso (...), mas geralmente eu vou dividindo por questões assim: os diabéticos, hipertensos e mais ou menos de acordo com a área. (...) A gente tem o grupo de hipertensos que é voltado pra essa doença(...), tem um grupo pra diabéticos. (E7)

Dependendo da situação do paciente, se ele for hipertenso e diabético... paciente como gestante também, criança também até 5 anos, a gente faz visita domiciliar uma vez por mês. Ah, a gente também faz o grupo de diabetes, gestante, hipertenso. (E13)

(...) qual campanha, que que nós vamos fazer, que que nós vamos preparar para futuramente até melhorar a situação do posto estar vazio e só vir mesmo em consulta de rotina quem precisa. (E10)

O ACS realiza seu trabalho no domicilio seguindo um certo cronograma, copiando um modo já tradicional de organização do processo de trabalho na rede de saúde, centrado nas ações programáticas:

E eles, assim, eles merecem bem a nossa atenção, embora a gente dá atenção que é padronizada. (E15)

Tem as gestantes, tem os hipertensos, os diabéticos e as crianças menores de dois anos. Essa é nossa prioridade. (E16)

Minha rotina de trabalho é fazer o acompanhamento das gestantes, dos diabéticos, hipertensos... isso (...), mas normalmente eu pego, tipo: “a semana dos hipertensos”, “a semana dos diabéticos (E12)

Ao definir as visitas baseando-se em fatores de risco ou condições nosológicas, organizando seu trabalho em “semana do hipertenso”, “semana do diabético”, percebemos que o processo de trabalho está seguindo um recorte programático, em detrimento do critério de necessidades de saúde.

Apesar de não contemplar a integralidade, a lógica dos programas especiais pode ter uma dimensão positiva, pois apresenta-se com objetivos bem definidos e metas a serem cumpridas:

E depois eu pego já gestante, criança, que são as principais né? É o alvo que a gente tem que atingir todo mês, tem que ser olhado, tem que ser acompanhado. (E3)

Prioritariamente todo mês eu visito os hipertensos, diabéticos, crianças menores de um ano e gestantes. Tem que visitar uma vez a cada três meses. De três em três meses eu faço grupo de hipertensão e diabetes (E9)

Primeiro hipertensos porque eles são maiores número né? Depois dos diabéticos e tal. E tiro para as gestantes um dia, que eu faço só as gestantes em um dia, e as crianças também normalmente dois dias(...)Aí vem o TB (tuberculose) (...) Sempre que tem um TB na minha micro área, querendo ou não ele tendo DOTS (tratamento diretamente observado), ele é priorizado. (E5)

Aí faço os hipertensos, aí faço os diabéticos... geralmente alguns eu faço junto, geralmente quem é hipertenso e diabético também. Aí das gestantes, crianças eu faço sempre no final do mês. (E15)

(...)das famílias de risco só: hipertenso, diabético... às vezes eu não consigo fazer no dia os oito hipertensos. Aí eu boto quatro hipertensos e quatro diabéticos se eu tiver só um turno livre. E o grupo de hipertensos e diabéticos é quinzenal. (E8)

Tem uns, assim, que eu visito sempre. São os hipertensos, os diabéticos, as crianças e os idosos(...). Os hipertensos, os diabéticos, as crianças, os idosos e os acamados. Terminando isso, eu vejo os que tiveram consulta mais distante e vou atualizando (E17)

Cabe aqui problematizar o uso da Ficha B como instrumento de visita domiciliar do ACS, pois como são separadas por grupos de risco e condições especiais (gestante, criança, tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes) podem, se utilizadas pelo ACS sem nenhum tipo de orientação, reforçar a lógica de programas especiais aos quais a instituição da ESF e outras propostas alternativas propõem se contrapor. Ao mesmo tempo, encontramos falas dos ACSs identificando outros grupos prioritários fora do preconizado pelas FICHAS B, como idosos e usuários restritos ao leito, acamados e deficientes, e reconhecendo que mesmo dentro desses grupos, não existe homogeneidade, devendo haver algum critério de priorização e reconhecendo necessidades de saúde distintas dentro de cada grupo.

Neste momento, podemos vislumbrar uma intersecção entre a lógica dos programas especiais e a lógica das ações programáticas em saúde, o que é provável pois as ações programáticas de saúde foram propostas a partir da redefinição de programas especiais de

saúde. Tomando como partida a identificação das necessidades sociais de saúde, as ações programáticas de saúde recompõem as práticas de saúde no nível local por meio do trabalho programático e da utilização da programação como redefinição do processo de trabalho em saúde. (PAIM 2002)

Hipertensos, diabético, acamados, né? Gestante, crianças menores de dois anos. Porque assim, é muito paciente para você abordar todos, assim, então a gente prioriza os que mais necessitam (E1)

Na minha visita eu priorizo gestante e crianças menores de um ano. Tem os acamados também(...)Hipertensão, descontrolado, descompensado(...). Aí depois vem pelos grupos de saúde né? Se tem hipertensão, se tem diabetes, se tem alguma gestante, se tem alguma criança, tem algum deficiente, algum idoso. Aí eu vou fazendo a minha prioridade por aí. (E2)

Principalmente, primeiro são os acamados, né? Que eles têm prioridade... depois que a gente vê esses, a gente vai nas gestantes ou nos bebezinhos que acabaram de nascer. Depois, vêm os hipertensos, aqueles casos que não estão tão graves... porque os que estão graves estão quase acamados, então já entra no primeiro da lista. E os diabéticos. (E10)

Idosos. Com ou sem diabetes os idosos sempre têm prioridade. (E9)

Eu não vou só nos hipertensos e diabéticos. Eu faço a visita às vezes aleatoriamente. Se eu cumprir minha meta de diabético, hipertenso, gestante, criança e acamado, eu vou aleatoriamente, eu vou em quem precisa, às vezes quem não precisa também. Só que às vezes é nessa visita pra quem não precisa que você visualiza um caso ali, entendeu (E8)

A gente dá mais atenção justamente esses que eu já falei, os acamados, assim como TB, tuberculose, precisa muito. (E16)

### **6.2.2 O ACS e a lógica da vigilância**

O conceito de vigilância aparece na saúde nos termos vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância em saúde.

Segundo definição da lei 8080/90, entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A vigilância sanitária tem como propósito intervenções voltadas para o controle de riscos e proteção à saúde, fundamentando-se nos saberes biomédico, jurídico e epidemiológico.

É voltada à promoção e proteção da saúde e possui a atribuição de avaliar produtos e procedimentos que possam causar algum dano à saúde e ao meio ambiente. (SILVA;PEPE 2012). Como áreas prioritárias da vigilância sanitária observamos também a atuação sobre bens de saúde (medicamentos, alimentos, saneantes, sangue, hemoderivados, cosméticos); serviços de saúde (hospitais e clínicas, ambulatórios, serviços odontológicos e diagnósticos) e serviços de interesse da saúde (creches, clubes, locais de tatuagem, cemitérios, manicures). Faz parte de suas atribuições a investigação (avaliação de pesquisas e ensaios clínicos; identificação de viajantes portadores de doenças transmissíveis; investigação de surtos alimentares, eventos adversos, danos e agravos à saúde por uso de bens ou consumo de serviços de saúde; investigação toxicológica).

Apesar da função de vigilância sanitária não constituir atribuição do ACS, encontramos características deste tipo de atuação em suas falas. Esta função, é inclusive, muitas vezes reforçada por órgãos públicos, como o Ministério Público:

A minha micro área é uma das maiores que tem, então vira e mexe eu tenho vários casos, assim, de Ministério Público, de estatuto do idoso, de pacientes que juntam lixo. (E11)

Eu acho que porque, assim, os vizinhos ficavam reclamando de um mau cheiro, aí acho que ligaram pra lá, aí a gente recebeu um e-mail. Aí a gente foi lá pra saber do que se trata. (E13)

A higiene doméstica e pessoal é característica que aparece em muitos relatos:

Tem uma casa, sempre chama muito atenção pela sujeira. Uma vez eu tava muito apertado, fui no banheiro, meu Deus do céu. Não sei nem te explicar. Muito sujo, muito sujo. (E1)

Se você chega na casa, primeira coisa, você chega, você observa o ambiente... a casa suja... (E4)

Chama a atenção primeiro na casa, né? Porque embora, assim, se a gente entra numa casa, se é pequena, mas a casa ela é toda organizadinha, as crianças são tudo arrumadinha... não precisa estar arrumada, mas estar limpinha. (E15)

Sendo inclusive utilizada como critério para priorização da atenção:

mas existe, tem família que você vê, é pouca higiene né... Menos higiene. Aí ali caberia né, atenção diferente. (E5)

Questão também muito insalubre, é uma área que a gente tem bastante foco de muitas doenças aparecendo... inclusive, tuberculose, esse já é o quinto paciente nosso. Então é uma área bem vulnerável. (E8)

Não chama nem a questão da doença em si, é mais o lugar, entendeu? (...) apesar de ser asfalto, eu vou em muito lugar como se fosse um cortiço. (...) essa questão da escabiose. (...) eu acho que essas pessoas precisam muito, muito, muito... mais essa necessidade... do lugar, da localidade. (E16)

Porque ele não toma banho, ele não faz a barba, ele não quer fazer nada. Então, às vezes eu vou lá e dou uma injeção de ânimo dele: “Vai L, vai tomar banho. A médica vem aí(...). Vai cortar o cabelo, vai fazer a barba. ”, entendeu? Então são pessoas que já merecem um pouco mais da minha atenção, eu acho. (E14)

Em alguns momentos observamos falas que nos remontam a termos antigos e obsoletos, como a polícia médica. A polícia médica é conceito-chave para entender a origem da intervenção do Estado nos problemas de saúde da população. Termo cunhado inicialmente na Alemanha, no final do século XIX começou a ser substituído por higiene ou polícia sanitária (ROSEN, 1979):

um tuberculoso da minha área, que ele não queria tomar os medicamentos, ele tem epilepsia e ele não queria acompanhamento(...)Ele até se esconde quando me vê, agora só a mulher dele que vem falar comigo .E ele não gosta que toque no assunto.(E6)

Encontramos assim relatos de usuário que literalmente fogem daqueles que estariam ali para auxiliar nos cuidados em saúde:

“Fechava a porta pra mim não estava em casa, fugiu de mim na comunidade. Já foi até o caso dele me ver e dar carreira, ir embora, correndo... ele tinha pavor de mim, quando ele me via, ele corria.” (E8)

Relatos também em que a lógica da “Polícia Médica” não é tão explícita, mas que também seguem a lógica de uma vigilância reguladora, sem espaço para ponderação das necessidades em saúde da população e do indivíduo:

Então eu tenho que sempre estar correndo atrás do cartão de vacina...Ah, vai ter campanha.... Aí tem que ir lá: Ó, vai ter campanha. A campanha é amanhã, tem que tá lembrando, tem que tá falando sempre. (E3)

As pessoas que eu sei que tem que tomar o medicamento e não querem tomar. Essas pessoas também eu procuro ir mais vezes incentivar as pessoas a tomar os medicamentos(...)A eles a tomar os medicamentos que eles não querem tomar. (E6)

As mães que não querem dar vacina nos seus filhos...Passa do tempo de dar sem motivo, o incentivo é importante... As gestantes e o incentivo do pré-natal também e assim sucessivamente. (E6)

Ele não quis o acompanhamento da tuberculose, não aceitava a medicação, ele era usuário de crack. A gente foi diversas vezes. Eu, diariamente, levava a medicação e

ele não abria a porta. Quando abria ele não tomava a medicação. Foi muito complicado, a gente teve intervenção da enfermeira, do médico, do ministério público, de tudo que você possa imaginar. E a gente não conseguiu captar ele. (E8)

Tinha umas pessoas que não vinham no hospital de jeito nenhum. A gente trazia isso pra médica e quando a médica via que não ia vir, de vez em quando ela até ia lá, visitava a família, (...) Aí a gente tenta buscar essas pessoas, né? Estamos correndo atrás. (E12)

Em contrapartida, temos relatos justamente opostos, que trazem à tona uma lógica de maior independência do usuário:

Uma pessoa que já viveu 92 anos ou mais ela tem, ela pode escolher o que ela quer da vida”, então quer dizer, não sou eu que vou chegar lá e obrigar a ele “ah, Sr. J., o senhor tem que tomar seu remédio de hipertensão. (E10)

A vigilância epidemiológica, inicialmente, referia-se “à observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e seus contatos”. (FOSSAERT, LOPIS & TIGRE, 1974). Atualmente, por sua vez, ainda de acordo com definição da lei 8080/90 define-se por conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção precoce ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos. Engloba, atualmente, não apenas a notificação de doenças transmissíveis. Baseia-se na epidemiologia, clínica, estatística e outras disciplinas biológicas, com ênfase na detecção precoce e prevenção de doenças e agravos; controle de riscos e de determinantes. É um conjunto de atividades com o intuito de produzir informações para decisão e ação.

Na rotina e relatos dos ACSs, percebemos a utilização da lógica da vigilância nos casos de doenças transmissíveis:

Mas, assim, nós cuidamos deles, não só de um, como da família, já facilita saber o que que está acontecendo: se tem uma epidemia, se não tem, o que é que está dando, se é uma catapora, se é caxumba, né? Onde é que está dando uma infecção, onde é que está ocorrendo, facilita a vida do médico. Então, nós estamos, tanto lá em cima, quanto no asfalto dá pra saber onde é que está ocorrendo mais doença. (E10)

O de tuberculose também eu tenho um acompanhamento bem em cima. (E8)

Porque eu peguei um caso de uma paciente que tava com sarna (...) Mas se não for na fonte do problema, vai voltar tudo de novo. Então assim, a gente faz até um trabalho mesmo de investigador, nós somos investigadores na verdade. (E1)

A lógica da vigilância epidemiológica também é utilizada nos casos de condições crônicas, como hipertensão e diabetes:

tinha uma paciente AVC, ela foi minha prioridade máxima. Da semana, ela foi a primeira que eu visitei quando ela recebeu alta, fui logo lá (E8)

A gente tem um caso de paciente hipertenso, diabético que não é acamado, anda normalmente, só que se enrola todo com a medicação, toma totalmente o contrário. Não toma de manhã, não toma à tarde, toma tudo errado, se tomar de um quer tomar do outro. (E8)

Então a gente está indo lá, às vezes muito mais que uma vez por semana, duas, três vezes por semana a gente está indo lá pra ver como o X está. Porque constantemente ele fica tonto, cai, essas coisas assim... (E9)

Estar com um pico hipertensivo, é importante; é diabético e não está tomando insulina, é importante a gente analisar e falar com a médica. (E11)

Ah... “amamenta seu filho até seis meses de idade no mínimo.” “Não fuma na gravidez” Tanta coisa que a gente tenta explicar assim, no dia a dia.... É assim que a gente tenta ajudar, né? Explica que não pode esquecer de tomar o remédio de diabetes, hipertensão, essas coisas... parar de fumar, a gente tenta trazer pro grupo de tabagismo, mas é aquilo, é bem difícil. (E12)

Atualmente identificamos no Brasil dois principais significados dos diversos termos empregados acerca da vigilância em saúde: vigilância epidemiológica tradicional, com as doenças transmissíveis como principal objeto e que corresponde às práticas como notificação compulsória de agravos, investigação, consolidação de dados e adoção de medidas de prevenção e controle referentes às doenças transmissíveis e um conceito mais moderno de vigilância, que seria denominado vigilância em saúde pública. Neste segundo conceito as ações previamente citadas são realizadas de forma contínua, com foco dirigido para resultados específicos. A portaria 1172 de 16/06/2004 estrutura o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) acrescentando às doenças transmissíveis a vigilância de agravos não transmissíveis, seus fatores de risco, a vigilância ambiental e da situação da saúde. (SILVA & VIEIRA-DA-SILVA, 2008)

O conceito de vigilância em saúde surge da necessidade em elaborar propostas mais integrais para orientação das intervenções sobre a situação de saúde. Para construção do conceito passa-se a incorporar conhecimentos das ciências sociais e da geografia crítica e incorpora em seus objetos além dos riscos e danos, as necessidades e determinantes sociais em saúde. Enfatiza os componentes de problemas de saúde, respostas sociais, práticas sanitárias (promoção, proteção e assistência) e introduz a ação intersetorial. Busca reorganizar as práticas de saúde em nível local com as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos ou determinantes); ênfase em problemas que necessitam de acompanhamento

contínuo; utilização do conceito epidemiológico de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território; intervenção na forma de operações.

Constatamos na fala dos ACS alguns momentos onde o conceito de vigilância em saúde pode ser apreendido, quando conceitos de determinantes sociais em saúde (desemprego, violência, dependência química) são incorporados e também sinalizadas necessidades de ações intersetoriais:

O papel do agente, na minha concepção, é observar quanto a essas condições como eu citei agora de... muitas vezes desemprego, desinformação a respeito dos serviços que a CMS oferece, orientar essas pessoas pra que procurem o serviço. (E17)

Como é que pode uma pessoa maltratando uma senhora? Aí eu comentei com a minha enfermeira... aí ela conseguiu dar um jeitinho nessa situação e ela acabou sendo internada. (E13)

Uma criança que você tá vendo que tá sempre maltratada,(...) Você tem que tá atento para aquilo. (E4)

#### Falta de apoio familiar:

Ele é um diabético que ele não se trata, ele não toma os remédios... não tem apoio da família pra ajudar ele com esses remédios. E ele está constantemente tonto, já foi internado... Mas isso vai mudar quando ele tomar os remédios, então toda semana eu tenho que ir lá. (E9)

#### Dependência química e risco familiar:

O maior problema mesmo que acontece lá no morro é a questão da droga. Droga a maioria dos idosos... idosos não... bota aí 40, 50 anos, essa geração aí, a maioria usa droga e é cocaína. Esses aí são tudo hipertensos, tudo diabético. (E12)

Não comia, só usava drogas, usava crack e estava grávida. Então tem a questão do neném. Então eu precisava estar lá. (E16)

### 6.3 O ACS e o acesso

Atualmente, com 265.698 ACS implantados e com 66,35% (DAB, dezembro 2014) da população brasileira coberta por suas visitas domiciliares, é inegável que a figura do ACS facilita o acesso da população aos serviços de saúde. É expressiva a importância deste profissional para o incremento do acesso da população, uma vez que nem todos os ACS estão necessariamente vinculados a uma equipe completa de ESF, composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. De acordo com Silva e Dalmaso ( 2002 p.179), o ACS faz o contato da equipe de saúde com a população, e pode exercer o papel de agente- “elo”. O ACS percebe-

se como organizador de acesso e “olheiro” da equipe, identificando prioridades para intervenção da equipe.

Nas entrevistas com os agentes, também surgiu este entendimento de primeiro contato e de agente – “elo”:

Nós temos acesso que de repente vocês vão ter depois que a gente (...). Nós somos a ponte de ligação entre a enfermeira, entre a médica e entre a técnica (...)nós somos o cartão de visita. (E1)

Nesta fala, a “ponte” pode ser entendida também como a facilitação ao acesso.

É fazer uma ponte da pessoa com a unidade, com o médico ou com o responsável. (E3)

É importante porque ele (o ACS) é o primeiro contato. (...) A importância é porque ele é o primeiro, ele tá mais próximo. (E5)

Você vai saber, você vai chegar, é o primeiro contato, você vai ver como é que funciona, mas também tem que observar. (E11)

É a gente que tá sempre na linha de frente, é sempre a gente que volta com a resposta. (E2)

Encontramos também a compreensão pelo ACS de seu papel como “olheiro” e detector de casos de risco:

É importante porque se ele (o ACS) não conseguir ver.... Não que o outro profissional não vá ver, mas vai ter menos dificuldade, porque tem menos contato. (E5)

Posso estar enganada, mas acho que tudo começa na gente. Pra descobrir um caso lá na frente às vezes a gente que mexe, cutuca. (E8)

Porque se o Agente Comunitário que tá na área não trazer isso para a equipe, não conversar com o médico, não conversar com o enfermeiro (...)Se a gente não trazer não tem como caminhar. (E2)

Porque a gente está lá todo dia. A gente conhece o irmão, conhece... né? Conhece mais de perto a história deles. (E7)

Então a gente vai na casa... a gente está dentro da casa da pessoa, a gente está vendo o que ela precisa, o que ela não precisa... se ela está vulnerável a alguma coisa ou não. (E16)

Contudo, em outra dimensão do acesso encontramos também vários depoimentos relacionando a visita domiciliar associada à entrega de medicamentos e agendamento de consultas. Quando se torna o objetivo maior e prioridade da visita domiciliar, apesar de ampliar o acesso pode dificultar o acompanhamento familiar.

Primeiro eu vejo acamados, por causa da questão de receita, porque os que não são acamados eles mesmos vem aqui e buscam remédio(...)tem acamado no meio que eu levo remédio. (E3)

Inclusive eu levo a medicação pra ele, que a mãe dele que é senhora e toma conta dele em casa, pra descer é bem complicado. Então é um paciente que tem prioridade. (E8)

Principalmente porque às vezes eles não conseguem descer pra vir até aqui e a gente tá indo uma vez por mês assistindo(...). Se eu vou levar remédio, então, vou até mais que duas vezes. (E8)

Deparamo-nos também com os efeitos negativos que esta facilitação do acesso pode acarretar, pela avaliação de um dos entrevistados, suscitando segundo relato do ACS um comportamento passivo no auto cuidado por parte do usuário:

Eu tinha que pegar remédio pra eles, lá no posto tinha que marcar consulta... Quer dizer, eu era tipo uma babá. As pessoas não faziam nada, ficavam em casa, queriam remédio, queriam consulta... uns queriam até que o médico fosse lá sendo que podia andar, podia tudo. (E12)

Não encontramos nas entrevistas a ressalva citada por alguns autores sobre o risco de que na intermediação entre unidade de saúde e usuários, os agentes reproduzam comportamentos clientelistas pautados nas concepções de favores e de facilitação do acesso.

Um dos entrevistados, contudo, levanta a problemática de seu horário de trabalho coincidir com o horário de trabalho de seus usuários, o que dificultaria o acesso aos mesmos pelas visitas domiciliares. Assinala ainda, a diferença de facilidade de acesso do Agente Comunitário aos usuários que moram “na comunidade” em detrimento àqueles que moram no asfalto.

Acho que todo mundo precisa, só que a gente não consegue acessar todos todos, porque tem... eu trabalho no asfalto... existe a comunidade e o asfalto... o asfalto é de muito difícil acesso os não acamados, geralmente por causa disso, porque eles trabalham no mesmo horário que nós. (E16)

#### **6.4 o ACS como ator social**

A posição particular que o ACS ocupa no sistema de saúde o define como um ator de caráter híbrido e polifônico, pois ao mesmo tempo em que está inserido no sistema e serviço de saúde, também representa o saber popular e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha. Quando se discutem as expectativas referentes ao exercício da profissão de ACS são, segundo Silva e Dalmaso (2002), identificadas duas principais linhas de atuação. A primeira, puramente técnica, estaria ligada ao monitoramento de situações de risco e prevenção de agravos, e registro e vigilância dos grupos prioritários, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde.

A segunda dimensão estaria relacionada ao papel político do ACS, como protagonista de transformação social.

As funções do ACS transcendem o campo da saúde por exigir do ACS atenção a aspectos variados das condições de vida da população. Por este motivo, Nogueira define o ACS como um trabalhador *sui generis* (NOGUEIRA et al, 2002). Durante a visita domiciliar o ACS muitas vezes se depara com situações nas quais a resolução não dependem apenas do setor da saúde, destacando assim o ACS também no papel de mediador entre as outras esferas de organização social.

Porque às vezes tem que acionar algum órgão, alguma coisa para a família poder tá dando assistência, porque financeiramente eles querem, querem né, o que essas senhoras tem. Mas dar assistência, cuidar desses velhinhos eles não tão querendo. (E4)

A criança estava com um comportamento muito estranho no colégio. Abordamos isso porque assim, (...)a diretora do colégio abordou isso, trouxe para a gente entendeu? Aí a gente foi ver qual era o problema. (E1)

A gente é psicólogo, a gente é amigo, porque sábado e domingo a gente não para. O paciente te vê ele vai te parar, vai te perguntar, vai parar pra conversar com você, entendeu? (E8)

Ao atuarem como facilitadores do acesso aos direitos sociais, o ACS diferencia-se dos demais trabalhadores de saúde, pelo seu papel de destaque na comunidade e importante papel social. (NOGUEIRA ET AL, 2002). A relação de vínculo e confiança é citada muitas vezes como condição para a facilitação deste acesso:

Eles têm... parece que uma confiança maior, não sei se um estranho teria, mas eu acho que o papel do agente é fundamental nesses casos. Têm muitos casos que o paciente não quer vim, (...) por se tratar de um conhecido, a gente consegue convencer, eles ficam mais maleáveis a aceitar o serviço quando tem o agente. (E17)

Com calma tentei convencer ele para vir no médico, ele não queria vir no medico de jeito nenhum. Por fim eu conquistei a confiança da mãe, conquistei a confiança dele, ele foi atendido pela gente e hoje ele tá super bem, trabalhando. (E1)

Este vínculo e confiança é percebido de forma positiva pelos ACSs. Conhecer a realidade de cada família, muitas vezes possuindo o “privilégio” da informação na equipe é concebido como algo que facilita a implementação de um cuidado eficaz.

Aí no primeiro contato a pessoa não te conta, no segundo conta uma parte, depois vai contando mais um pouco, até ela pegar a confiança em você e começa a se abrir. Quando a pessoa cria confiança com o agente de saúde, ela conta tudo. (E7)

Na visita, a gente consegue ver muita coisa, que às vezes vocês aqui embaixo nem identifica, entendeu? É muito legal de certa forma(...). E é essas coisas que às vezes a gente indo ali, na casa, uma vez no mês, mas é uma vez no mês que você acaba sabendo. Tem coisas que às vezes aquela mãe não vai contar nem pro parente e aí conta pra você. (E8)

Ela falou que ela iria procurar uma assistente social pra ir fazer isso e, recentemente, agora no ano novo, eu encontrei ela na rua, ela falou pra mim que ela arrumou... Tornou-se um vínculo, né? Assim comigo. Ela falou que confia em mim, (E15)

Encontramos ainda uma terceira dimensão do trabalho do ACS, que seria correlata à dimensão social, mais especificamente uma faceta da mesma: a dimensão solidária:

Tem dia que se alguém não me ligar, eu não consigo sair da casa do paciente. Porque ela começa a chorar, ela começa a abraçar (...) A gente cria, nesse tempo de trabalho, a gente cria um vínculo, né? Eu trato eles como se fossem da minha família. Minha avó, minha tia. (E10)

Sabe, eu gosto de chegar ali. Eu gosto de chegar perto daquela pessoa. E, principalmente, daquela que precisa mais, né? Aí eu tenho que estar ali. Mesmo se não tiver ninguém pra ajudar, mas eu tenho que estar ali, do lado e ela não vai ficar só. Vou ficar ali até alguém ajudar aquela pessoa. (E13)

Não fica parente com ela, então eu tenho que ir todo mês. Às vezes quando eu to passando perto ainda passo de novo, para saber se tá faltando alguma coisa, se tá precisando de alguma coisa. E ela não sai da cama, então é muito difícil. Então eu vejo a necessidade maior entendeu? (E3)

Eu reconheço principalmente, ainda mais quando mora sozinho. Quando mora sozinho, assim, eu sei que não tem ninguém. Quando a gente vai lá é uma alegria pra eles. (E8)

Levantamos a hipótese do reforço da dimensão solidária e dos vínculos de confiança, fazer-se mais presente quando o ACS tem dificuldade de atuar como mediador de outros setores e equipamentos sociais:

Quando a gente entra na casa, a gente conhece a família, a gente vê que tá faltando alguma coisa. (E2)

Às vezes a pessoa que toma conta do outro também não tem estrutura nenhuma para estar tomando conta do outro. E a gente tem que estar sempre envolvido nisso. (E3)

Ela não tem a família também pra ajudar ela. Ela não toma os remédios, ela não se cuida... estou sempre indo lá e não tem com quem você contar. Os filhos dizem que vão ajudar, mas não ajudam. (E9)

O ACS reconhece que a resposta “não é remédio”, ou seja, entende que o modelo biomédico não é suficiente para a resposta àquela família:

Problema familiar, a gente percebe. Tem vários exemplos. Problema normalmente familiar, aí cai nessa situação.... Tem que ter mais uma atenção, mais uma olhada para aquela família. Não é remédio. (E5)

É eu mesma, porque eu vejo uma situação e falo: “Gente, não pode ser assim.” Tanto que, às vezes, todo mundo me procura(...)se você botar a cabeça pro lado de fora todo mundo vem perguntar alguma coisa. (E10)

Possui porém repertório limitado para resolução dos casos que se beneficiariam de intervenção intersetorial. Na ausência desta, é enfatizado o vínculo como forma de atuação:

“e era um caso praticamente perdido e nós conseguimos trazer ela.(...) o fato dela estar gestante... também o fato dela usar droga, só que a gente chegou lá exatamente porque ela estava gestante. Aí a gente foi focando, perguntando se ela queria internar(...)Era constante a gente ir lá. Eu ia lá toda semana. Mais ou menos duas vezes ao mês... toda semana eu ia lá na casa dela” (E16)

## 6.5 O ACS e dimensão psicossocial

Durante as entrevistas ao serem indagados sobre outras condições que considerariam como prioridades, excetuando-se aquelas já habituais previstas na Ficha B do ACS (Gestante, crianças, hipertensos, diabéticos, hanseníase e tuberculose), os entrevistados ressaltam o fato de viver só como uma das situações que exigiria maiores cuidados e atenção por parte da equipe.

Ressaltam especificamente os idosos que moram sozinhos e não possuem rede de apoio:

Às vezes muita gente pensa só na doença física, né? Mas tem a doença mental, tem a doença psicológica, tem idosos que vem aqui só para conversar com a gente, né? Porque o problema dele não é no corpo, o problema dele acaba sendo na alma (E2)

O ACS entende aqui como seu papel fazer parte da rede de apoio e suporte a este idoso.

Mas eu dou preferência para aqueles idosos que moram sozinhos acamados (...). Eu acho que é o que mais acontece, na rua é muito muito idoso abandonado. (E4)

na minha micro área tem muito idoso(...)E tem outros que vivem só, entendeu? E às vezes é um pouco difícil de tentar até ajudar (...)“... ela morava num apartamento sozinha. A vizinha que ajudava a ela. E ela não tinha filho, só tinha primos, só que longe. (E11)

tem uns que vivem só, ficam sozinhos, ficam lá a semana toda. Os vizinhos é que tomam conta, levam comida... O dinheiro que eles têm é só pra pagar o aluguel. Não tem dinheiro pra comer, medicação. (E15)

A condição oposta também é percebida como situação de alerta. Uma grande densidade de pessoas por cômodo também é citada pelos entrevistados como sinal de necessidade de cuidado:

e geralmente, assim, a família é muito grande pra um espaço pequeno. O apartamento às vezes tem um quarto e um banheiro e às vezes tem seis pessoas. (E17)

E a outra mora num quarto pequenininho, que vive nove, dez pessoas dentro, com deficiente, com criança de um, dois, três, quatro... tem gente até que tem sete filhos... garota tem sete filhos morando dentro de um quarto só, não trabalha, vive de furto, entendeu. (E15)

A FICHA A do ACS permite o registro de ambas as situações. Tanto a condição de viver só quanto o número de cômodos e pessoas em uma residência fazem parte deste registro, sem entretanto serem campos de registro obrigatório. Fazendo um paralelo com a escala de Coelho e Savassi (COELHO, 2004), que considera apenas a alta densidade de moradores por cômodo e a idade maior de setenta ano como risco familiar, o ACS apresentaria aqui uma maior sensibilidade na detecção das necessidades e vulnerabilidades de cada família e indivíduo, por entender que o indivíduo solitário e sem rede de apoio seria considerado prioritário.

Na FICHA B de gestante que deve ser preenchida pelo ACS em cada visita domiciliar para acompanhamento do pré-natal, a idade menor de quinze anos é destacada como fator de risco para a gestação. A gravidez na adolescência também é destacada em muitas falas dos entrevistados, porém em outro contexto. A idade da gestante não é ressaltada para apontar uma potencial gestação de risco, e sim como condição desestruturante familiar:

Muitas crianças assim catorze para dezesseis, grávidas, entendeu? Grávidas. Muitas vezes não tem estrutura, não tem condição.... Aí quem cria.... Os avós acabam sendo pais. Aí acarreta o quê? Acarreta que ela vai deixar de estudar, vai deixar de sabe... De progredir até... (E1)

essa família para mim, é uma família de alerta, porque eles acabam tomando como espelho a vida que veio, né? Da mãe...quando for ver é uma menina de dezesseis, dezessete anos que tá grávida. (E2)

Algumas falas retratam também o que os entrevistados consideram como falta de planejamento familiar.

Depois desses grupos, para mim, é as adolescentes. Tinha que ter um direcionamento melhor, porque estão engravidando muito cedo e sem responsabilidade. (E3)

essas mulheres que não param de ter filhos. Isso acontece mais no morro porque a gente sabe que não tem condições (E4)

Que as meninas, principalmente, estão engravidando muito cedo. (E12)

A gravidez na adolescência é um assunto amplo que poderia desdobrar-se em inteiramente um novo debate. No contexto desta pesquisa, ressaltamos apenas que é uma condição que foi identificada pelos entrevistados como merecedora de atenção diferenciada.

Situações de violência e dependência química também são levantadas nas falas. Na ficha A utilizada pelo ACS as condições de alcoolismo, uso de drogas ilícitas e violência doméstica são pontuadas para registro.

As vezes eles, na maioria dos casos, assim, no primeiro contato eles não dizem, mas chega lá e às vezes está desempregado, tem caso de alcoolismo na família. (E17)

na minha microárea no morro eu tenho um caso de violência doméstica. Já há muitos anos. (E4)

as crianças sofrem maus tratos, não assim, de bater não, de ficar jogado o dia todo dentro de casa, bebezinho, de não comer..(E15)

quando (...) a filha falava alguma coisa enquanto eu estava lá entrevistando a mãe, (...) a mãe xingava, a mãe agredia a menina e eu trouxe o caso pra nossa equipe e nós discutimos, levamos pro conselho tutelar, né? Porque a menina... você via sinais de marca na menina, né? (E10)

Em alguns relatos, a violência e o uso de álcool e drogas vem juntos, sem distinção.

Alcoólatras, drogados, né, violência doméstica (...)pode ser uma violência verbal, pode ser uma violência psicológica, um bullying na escola, isso tudo é violência, né? Isso tudo é uma violência. (E4)

Normalmente nessas famílias tem agressão física entre pai e mãe, filho nasce vendo isso. O pai e a mãe usam drogas também, os filhos nascem vendo isso também. É até normal ver um adolescente, começa a usar, bate na mulher... é a mesma coisa, é um ciclo. Torna a mesma coisa que os pais são. (E12)

Fazendo nova correlação entre as questões pontuadas nas entrevistas e a escala de Coelho, percebemos maior sensibilidade para identificação de famílias de risco pelo ACS. A escala de Coelho e Savassi pontua como risco a drogadição apenas, deixando situações de alcoolismo e de violência fora da escala.

A questão da saúde mental foi levantada por muitos entrevistados quando questionados sobre grupos que seriam prioridades além daqueles constantes na ficha B. Na ficha A do ACS utilizada para cadastro pela SMS do Rio de Janeiro existe o espaço para a codificação das seguintes condições: Deficiência Mental, Transtorno Mental, Tentativa de suicídio, internação psiquiátrica nos últimos doze meses

Ah... os psiquiátricos, né? Porque no caso psiquiátrico a família fica muito envolvida. E às vezes acontece a mesma coisa. Aquele que cuida acaba ficando também... depressivo, porque ele não vê a melhora (E7)

Dois filhos homens dela têm esquizofrenia e o marido dela também. Então, é uma pessoa também que recebe muito a minha atenção (E14)

Eu descobri muito no asfalto, que as pessoas... elas... a saúde mental delas é uma coisa assim, absurda... que você olha pra pessoa e você não vê. (...) [ **É? E principalmente o quê?** ] Depressão. As pessoas que já tiveram condição e hoje em dia não tem mais. (E16)

Há a percepção de que seria um grupo que necessitaria de maiores cuidados por parte da equipe e de que esta condição estaria sendo preterida em relação a outros grupos.

com transtorno mentais. Porque a gente vai conversar com eles e a gente nota que eles querem conversar, mas eles não vêm na consulta, né? E nem ninguém vai lá, porque

eles não são acamados. Então, quer dizer, eles ficam meio que perdidos(...), mas eles são um grupo que está meio esquecido dentro da... de todas as doenças, saúde mental está um pouco esquecida. (E10)

Como eu tenho muito idoso, eles têm muita depressão, né? A saúde mental pra mim é... eu não tenho muito alcoólico, assim... dá pra contar no dedo quantos alcoólicos eu tenho. Mas isso tudo vem antes, por causa da depressão. (E10)

Precisa de um cuidado, de uma atenção redobrada e ninguém da família quer cuidar. Ou deixa no cuidado de uma e aquela pessoa acaba adoecendo junto. (E7)

Dar ênfase também, assim, em pacientes que precisam de...(...) de ouvir, entendeu? (..) tipo como um psicólogo, assim, sabe? Como a gente não tem um psicólogo específico pra cada equipe – às vezes é muito difícil até mesmo pra lidar com essa situação, assim. (...)O paciente, às vezes, precisa um pouco de mais atenção. (E11)

## 6.6 Concepção do conceito de vulnerabilidade

Quando perguntados diretamente sobre o significado de vulnerabilidade, obtemos as mais diversas respostas.

Há concepções que se aproximam do modelo biomédico:

Que não faziam uso correto da medicação então eu pelo menos priorizo isso. (E2)

Essas aí eu sei que elas precisam mais. As pessoas que eu sei que tem que tomar o medicamento e não querem tomar. (E6)

Em alguns momentos, confundindo-se explicitamente com o conceito de risco epidemiológico:

Eu entendo que ela está vulnerável a ter a doença.(E16)

Doenças mais propícias daquele local também. Esse termo também entendo como vulnerabilidade, eu acho. (...) tá com tuberculose, tá com alguma coisa. (E11)

São aquelas que têm o risco maior, ou de contrair uma doença. Pode ser uma família que tenha uma questão de saneamento básico difícil. (E7)

A falta de saneamento básico e higiene também é considerada para a definição do conceito pelos entrevistados:

Eu vejo muito por aí, pela estrutura familiar (...). A princípio é o que a gente vê, o visual: aparência da casa, se tem ventilação, se não tem, se é limpa, se é suja, se tem criança, se tem idoso e depois o histórico que a família vai trazendo. (E2)

Seria uma pessoa que não teria condições financeiras (...)que vivessem, assim, como eu citei agora, em quartos bem pequenos, com muitas pessoas juntas, famílias numerosas, em locais precários (...)-, tem esgoto a céu aberto, tem lixo pelas calçadas (E17)

Idoso (...) que tem dificuldade de andar; essa pessoa que está em condições insalubres dentro de casa, que está exposto a um monte de doença que não bebe água filtrada. (E8)

Alguns definem vulnerabilidade como aquelas famílias ou indivíduos que mais precisam de apoio e atenção, aproximando-se de um dos princípios do SUS de equidade. Neste momento os entrevistados aproximam-se um pouco mais do conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres, pois estariam utilizando um conceito mais amplo, com intervenções não restritas ao risco.

Para mim são as famílias que precisam de mais apoio. Que precisam de mais atenção. Que necessitam mais de você, mais da sua presença. (E3)

É a pessoa que tá mais precisando da gente (...)Um alcoólatra, por exemplo, precisa da nossa atenção. Um viciado em droga precisa da nossa atenção. Mais do que o restante da família. Pra mim ele é um indivíduo vulnerável; (E1)

é uma família que tem um lado mais delicado pra gente lidar.(E7)

Família vulnerável é quando ela precisa um pouco mais de atenção nossa (E14)

A ausência de rede de apoio também é citada muitas vezes como condição definidora de vulnerabilidade. Aqui também percebemos uma maior apropriação do termo vulnerabilidade. Enquanto “viver só” seria considerado um fator de risco, a extensão do conceito para “ausência de rede de apoio” nos permite vislumbrar características do conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres.

Falta de alguém para conversar, são muitos idosos sozinhos que já criaram suas famílias, hoje em dia vivem sozinhos, então eu também priorizo isso (...). Os idosos principalmente que os filhos acabam abandonando(...). Porque todo mundo fecha suas portas e cada um vive seu mundo. Né? (...)a gente tem que dar um pouco mais de atenção para essas famílias (E2)

Ah... as famílias que são mais desestruturadas, assim... as famílias que não têm uma estrutura, (...). Então tem casos de possíveis famílias que são... não têm apoio dos familiares, é bom sempre dar uma passadinha. (E9)

Na minha equipe tem isso: uma pessoa que não tem ninguém por ela. Entendeu? (...)E aí, assim, essas pessoas a gente passa a visitar com mais frequência, porque a gente não tem como saber dela, não tem ninguém por ela... E aí a gente observa mais de perto esses casos. (E7)

Sim, que moram mais sozinhas e que as famílias têm pouco conhecimento também, entendeu. (E8)

São as pessoas que ficam sozinhas em casa. (E10)

São duas idosas que não conseguiam andar direito. (...)elas não sabiam como pedir socorro, então foi aí que a gente chegando lá, aí começamos a informar e tal. Eu acho que, assim... esse caso são duas idosas que não estavam conseguindo cuidar uma da outra, então esse é um caso muito exemplar. (E13)

Uma senhorinha que a aposentadoria não dá pra pagar uma enfermeira, não dá pra pagar nada... só consegue manter o apartamento e fica lá sem ninguém pra tomar

conta(...)Isso pra mim eu acho que é uma vulnerabilidade. (...). Não tem ninguém pra lembrar o remédio, às vezes esquece. (E12)

Situações de violência domiciliar também são citadas:

Conforme vai tendo um vínculo eles vão trazendo uns históricos, né? Já tive histórico de abuso, né? Então a gente vai vendo a vulnerabilidade por aí, conforme o contato com a própria família. (...) eu começo pelo histórico familiar num total. Porque às vezes a violência não vem nem de fora, vem da própria casa. (E2)

São pessoas que eu acho que estão passando ou vivem alguma situação de risco, sabe, alguma situação preocupante. Uma criança que você tá vendo que tá sempre maltratada... (E4)

A falta de acesso à educação e emprego e cidadania, também é definidora de vulnerabilidade na concepção dos entrevistados:

Que a sociedade não chega a ele bem. (...). Eles não conseguem, né se adequar à sociedade assim integralmente. Financeiramente, socialmente... Família vulnerável. (E5)

A pessoa que não tem um trabalho, não tem uma documentação. (E15)

A falta de instrução é o que faz a família ser mais vulnerável. É isso que eu acho. Pelo menos nas famílias que tem menos instrução são as mais vulneráveis lá no morro. (E12)

Vulnerável pra mim é a família que não tem condição nenhuma, não tem trabalho, né? Não tem como se alimentar” (E10).

## 6.7 Fluxos

Durante as entrevistas os ACSs foram questionados sobre as ações tomadas após a identificação de famílias ou indivíduos que os mesmos considerariam vulneráveis.

A maioria dos entrevistados destaca que a primeira ação é a discussão na reunião de equipe com posterior visita domiciliar da equipe técnica à família:

A princípio eu passo para a minha enfermeira. Aí em conjunto a gente analisa quais são as melhores condições. Porque sozinho não dá para analisar, (...)A gente começa, a enfermeira dá o caminho e a medica finaliza. (E1)

Eu trago na reunião de equipe, eu exponho isso e peço ajuda do médico, do enfermeiro ou do técnico de enfermagem também para ir tá fazendo a visita comigo. (E2)

Fez a visita, encontrou algum problema a gente traz e todo mundo discute...até assim... Ah, o outro que conhece mais, conhece mais a família: é assim? Assim a gente se ajuda. (E3)

Aí na reunião a gente discutiu o caso dele (...). Levei a medica lá tentar convencer ele, mas mesmo assim nem a medica conseguiu convencer ele a vir aqui para dar continuidade ao tratamento. (E6)

A gente comunica o médico, a enfermeira... aí eu vou ver qual é um deles que tem agenda que possa ir junto com o agente comunitário. (E13)

A gente discute em reunião, aí eu vou primeira na residência ver a necessidade do paciente, trago essa condição na reunião, aí o médico avalia, depois a gente faz uma visita técnica com os médicos ou, no caso, os enfermeiros, dependendo da necessidade do paciente. (E17)

A gente traz para a equipe, né? A gente vai discutir e aí vai se estudar várias possibilidades do que a gente pode fazer para tentar ajudar, porque tem que ser feito pela família toda, não adianta eu querer ajudar uma pessoa só da família. (E4)

Em alguns casos são citados o acionamento de agentes externos à equipe mínima, como profissionais de saúde mental e da assistência social:

No caso da X ela está fazendo, também, interconsulta com o psiquiatra pra ver. Foi proposta a roda comunitária pra ela, que na verdade o problema dela é mais psicológico (E9)

Trazer para a reunião de equipe, que a gente é uma equipe né, a gente não trabalha sozinho.... Discutir os casos, fazer o familiograma, correr atrás de trazer essas famílias para a gente (E2)

Desse paciente, quando eu trouxe o problema, eles já foram na casa, já... até fez uma visita domiciliar com o psiquiatra e já passou o remédio. Também tem um outro que é usuário de drogas, então a gente se mobilizou com ele também, trouxe o caso pra cá, aí foi o redutor de danos (E14)

E foi se agravando a situação dela, foi se agravando e aí a gente chamou no conselho tutelar (E10)

Aí conforme isso a gente discute novamente aquele caso e procura uma assistência social, ou o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), ou o PADI (Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso) e aí vai identificando e vai tentando solucionar pro paciente. (E15)

Aí entrou toda uma estratégia da saúde da família mesmo. Foi medico, foi isso, foi isso.... Para tirar documentos, ver a saúde dele, orientações para isso, para aquilo.... Tentar até, né, algum benefício via governo de qualquer ordem né. (E5)

Em algumas falas percebemos que as ações propostas dependem da atuação de terceiros, com pouco protagonismo do ACS na resolução dos casos.

Nesse caso que a gente faz, eu como agente só tenho aí passar e trazer o que está acontecendo. Eles já chamaram familiares, só que o problema do familiar é que sempre falta, né? (E9)

E aí eu trago pra equipe na reunião geralmente, a gente discute o caso e aí geralmente a enfermeira vai comigo fazer uma visita pra ver se ela também acha... se ela

concorda... se.... né? Se ela acha que está de acordo e comigo e aí a gente faz um plano de ação pra aquela família, né? (E7)

Em algumas falas, entretanto, encontramos exemplos do protagonismo social que é esperado do ACS:

Redução de danos é um curso... eu já fiz o curso de redução de danos, que a gente vai pra poder ajudar as pessoas que querem... ah, droga, pensa, mas não consegue. (E16)

Então a gente está fazendo um plano de ação pra ver se a comunidade junto com a associação constrói pelo menos um quarto com banheiro no terreno que ela já tem pra que ela possa voltar pra casa dela. Isso foi um plano de ação... (E7)

Então o médico acha assim: “Ah, então vamos seguir esse caminho. ”, mas a gente orienta: “Não vai dar certo. Porque a família não funciona desse jeito. ” Aí a gente tem que ver quais são os outros meios que ele vai poder conduzir a situação com o paciente. (E10)

## 7 CONCLUSÃO

O ACS e sua inclusão na ESF foram pensados como forma de reorientação de um modelo de assistência à saúde já desgastado e pouco resolutivo, que se baseava em conceitos e entendimentos reducionistas de saúde e doença. Na lógica da ESF, o ACS seria o primeiro contato e um dos principais atores incumbido de levar à população essa nova dinâmica de cuidado, baseada em ações direcionadas ao território adscrito, por meio da atenção planejada de acordo com as necessidades e características da comunidade, com busca ativa dos usuários e ações intersetoriais. O modelo de assistência apresentado pela ESF propõe trazer para o cuidado as noções de integralidade, de necessidades de saúde e do componente social interferindo no processo de saúde do indivíduo e da família. O ACS é considerado, pelas peculiaridades de sua atuação e posição na equipe de saúde da família, um ator “sui generis”. Sua identidade comunitária e importante papel social o diferenciaria dos outros trabalhadores de saúde. (NOGUEIRA et al., 2000). Paradoxalmente percebemos em muitos momentos a utilização do modelo biomédico e da lógica programática durante a atuação do ACS. Os ACSs, que tem como eixo de trabalho a visita domiciliar, acabam utilizando o enfoque na doença para organização de suas visitas. Podemos intuir apenas as razões para tal observação.

A tendência a seguir a lógica programática observada nas entrevistas, também é relatada por outros autores que estudaram o processo de trabalho do ACS. Em estudo realizado em Itabuna –BA em unidade de saúde com seis ACS em 2008 por Ferreira et al. foram identificadas duas lógicas conflitantes na organização do processo de trabalho do ACS. A primeira seria refletida pela medicalização da doença e por um conjunto de técnicas, normas e procedimentos e encontrar-se-ia sustentada pelo raciocínio normativo. Estaria representada através das ações

educativas de cunho informativo, corretivo e prescritivo de práticas de higiene e do autocuidado dirigidas às famílias. Encontramos também nas entrevistas exemplos destas ações prescritivas com pouca valorização à autonomia do usuário. A segunda lógica observada por Ferreira et al seria aquela que depende mais de tecnologias relacionais. O ACS viveria constantemente tensionado entre as duas lógicas com esta suposta contradição demarcando sua rotina de trabalho. (FERREIRA, 2009)

Nunes (NUNES et al, 2002), também ressalta o dilema constante a que o ACS é submetido, devido a esta função híbrida, em que ora representa uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde da comunidade onde mora e trabalha, ora é um profissional de saúde difundindo saberes biomédicos. A convivência entre esses diferentes saberes seria fonte de conflito na dinâmica do cotidiano do ACS (SILVA; DALMASO, 2002).

A priorização de um saber sobre o outro seria talvez um meio encontrado para resolução deste conflito. Em dilema permanente, convivendo concomitantemente com a dimensão social e a dimensão técnico assistencial acaba-se dando mais espaço para um ou outro pólo.

O fato de ACSs com formação técnica ou superior em enfermagem constituir a maior parte dos entrevistados (oito, ou 47% dos entrevistados) poderia estar influenciando os dados obtidos. O entrevistado que possui formação em saúde já teve contato com conceitos em saúde. Sua visão como ACS não mais refletiria unicamente o “saber popular” e o saber da comunidade onde atua. A exposição de grande parte dos ACS entrevistados a cursos de saúde poderia ter influenciado seu processo de trabalho, fazendo com que houvesse priorização da dimensão técnica do processo de trabalho do ACS, em detrimento da dimensão política e da dimensão social. Seria possível ainda sugerir que a formação do ACS em curso técnico de enfermagem teria impacto negativo em sua formação pois contribuiria para uma atuação com o viés técnico, deixando em segundo plano a dimensão social de seu trabalho. É esperado que o profissional se utilize de ferramentas no seu processo de trabalho com as quais tem mais intimidade ou facilidade de atuar. É natural assim que o ACS técnico de enfermagem privilegie seus conhecimentos técnicos sobre outros para os quais não foi formalmente preparado.

Silva e Dalmaso (2002) alertam ainda que outra razão para privilegiar a dimensão técnica seria a exposição dos ACS rotineiramente a contradições sociais extremas, “o que é ‘muito pesado’ e, por isso, eles fazem determinadas opções, segundo as exigências, as recompensas e suas referências.” (SILVA e DALMASO, 2002, p. 78)

Em estudo desenvolvido por Silva (2001) sobre o ACS do Projeto Qualis do município de São Paulo, identificou-se que do ACS, o que o levaria a atuar utilizando o senso comum e os saberes das famílias e da comunidade. Haveria saberes de empréstimo para o pólo técnico,

em especial no caso de nossos entrevistados, em que grande parte possui curso técnico em enfermagem. Para a dimensão considerada como mais política e social não haveria saberes de empréstimo, fazendo com que o ACS recorresse ao seu senso comum quando confrontado com essas questões.

Outro elemento que poderia contribuir para o viés técnico do trabalho do ACS seria o fato da ficha B priorizar principalmente fatores de risco e doenças (hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase). A ficha B também poderia estar influenciando o ACS a entender esses critérios como fatores a serem prioritariamente observados no momento das visitas domiciliares em detrimento de outros. Apesar da ficha A apresentar outras situações a serem pontuadas como de alerta, aquelas presentes na ficha B aparecem com maior frequência nas falas dos ACSs, ficando claro que os mesmos priorizam estas condições. A ficha B poderia estar atuando ainda como indutora da lógica programática e do viés tecnicista observado. Sendo um dos principais instrumentos para o planejamento das visitas, ao ser dividida nas categorias preconizadas pelo Ministério da Saúde, a ficha B encorajaria esta divisão e categorização dos usuários também pelos ACSs, sendo estes facilmente induzidos a raciocinar através da lógica de programas. Não podemos, evidentemente, atribuir apenas à ficha B a responsabilidade pelo viés programático encontrado nos depoimentos. Entretanto, dependendo da forma como o ACS é apresentado a este instrumento de trabalho, podemos inferir que este poderia ser um dos fatores indutores de tal lógica.

A falta de opções de cursos de formação voltados para Agentes Comunitário de Saúde e a falta de plano de cargos e salários no Município do Rio de Janeiro para o ACS faz com que o mesmo procure aprofundar seus conhecimentos nos cursos disponíveis. Muitos assim acabam por buscar no curso de técnico de enfermagem uma oportunidade de melhor remuneração no mercado de trabalho.

Cabe aqui problematizar o processo de seleção, formação e capacitação do ACS, incluídos aí os cursos introdutórios e educação continuada. Considerando as expectativas e responsabilidades cada vez mais ampliadas depositadas nos ACSs:

tanto para a visão comunitarista como para a visão estatista têm faltado abordagens e instrumentos adequados de preparação do ACS – o que parece indicar que o Estado ainda não aprendeu a lidar com essa figura do ponto de vista educacional, da mesma maneira como ainda não sabe que estatuto lhe conferir de um ponto de vista trabalhista (NOGUEIRA, 2002, p. 92)

Em 2005, o Ministério da Educação e o da Saúde, aprovaram o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, de acordo com as Diretrizes

Curriculares Nacionais para a Educação Profissional. Apesar de já passados dez anos desde a aprovação deste Referencial Curricular, temos atualmente no município do Rio de Janeiro apenas um curso técnico voltado para a formação do Agente Comunitário de Saúde oferecido por uma única instituição, com uma capacidade formativa pequena e aquém da demanda do município, considerando que a APS da cidade do Rio de Janeiro está em processo de expansão acelerado.

Independente do viés tecnicista, o ACS mantém-se sensível à dimensão social, trazendo para reflexão questões como a gravidez na adolescência, situações de violência doméstica, situações em que há sofrimento psíquico e comprometimento da saúde mental. Talvez contribua para esta sensibilidade o fato de residirem há muito tempo no território onde atuam. A maior parte dos entrevistados mora desde o nascimento ou desde a infância na área de atuação. Há uma ressalva, contudo, neste que seria considerado um ponto facilitador de acesso para os ACS entrevistados. O território de abrangência desta unidade onde foram realizadas as entrevistas possui a peculiaridade de abarcar áreas muito heterogêneas, sendo divididas e denominadas pelos próprios ACS informalmente como “comunidade” e “asfalto”. Por “comunidade” referir-se-iam às áreas com favelas e por “asfalto” à área de prédios e casas habitualmente ocupados pela classe média. Aqui, caberia o questionamento sobre a participação do ACS como elo e porta-voz de uma população que teoricamente não o representaria social ou culturalmente. O perfil de residência no território de atuação que pressupõe compartilhamento de valores e interesses sedimentadores de uma identidade coletiva, estaria comprometido ao designar ACSs nascidos “na comunidade” para atuarem “no asfalto”? Levantamos aqui o questionamento se este “deslocamento” de território afetaria a sensibilidade dos ACSs em identificar algumas situações e se interferiria em suas concepções e reconhecimento de vulnerabilidades, por estarem expostos a realidades muito diferentes e heterogêneas.

Observamos que mesmo com a mudança do território de atuação, os ACSs continuam sensíveis a situações percebidas por eles como de risco e vulnerabilidade. Talvez com menos sensibilidade, devido à dificuldade de acesso aos moradores. Porém ao reconhecer estas situações em uma população dita de classe média, o ACS está indiretamente reconhecendo um conceito de vulnerabilidade já um pouco mais ampliado, para além do critério puramente econômico e de renda. O ACS estaria considerando o contexto em que os indivíduos estariam inseridos e seus processos e relações sociais, incluindo aí redes de apoio, potencialidades e resiliência a situações de adoecimento.

Quando questionados diretamente sobre o conceito de vulnerabilidade há uma multiplicidade de entendimentos, mas principalmente uma confusão entre o conceito de risco e

vulnerabilidade. O conceito de risco é muitas vezes utilizado para definir vulnerabilidade. A definição utilizada pelo entrevistado é vulnerabilidade, porém o conceito nela implícito é o de risco. Apontamos aí, mais uma vez a sobreposição da dimensão técnica sobre a social no processo de trabalho do ACS. Esta constatação não é exatamente inesperada, visto que “ parcela expressiva dos profissionais de saúde não está familiarizada com o conceito de ‘vulnerabilidade’, apesar dele já estar em uso desde a década de 1990”. (AYRES, 2003)

Percebemos assim que o conceito de vulnerabilidade conforme proposto por Ayres não é inato à função de ACS. É um reflexo que deve ser ativamente provocada e discutida entre todos os integrantes da equipe de saúde.

Em alguns momentos há uma maior aproximação do conceito de vulnerabilidade. Porém, ainda que ambos os conceitos possuam estreita relação, “ a confusão terminológica não traz benefícios a nenhum dos dois conceitos” (AYRES, 2003)

Considerando a vulnerabilidade a expressão de potencial de adoecimento e não adoecimento de todo e cada indivíduo o ACS continua sendo, dentre os profissionais que constituem a equipe da ESF, o melhor ator para avaliá-la em todas suas dimensões, seja ela individual, social ou programática. Na dimensão individual o ACS estaria atuando ao reconhecer a pessoa como sujeito de direito atuando dinamicamente em suas cenas, identificando os recursos pessoais de cada indivíduo e sua subjetividade. Na dimensão social o ACS atuaria analisando as relações sociais, marcos da organização e da cidadania e o cenário cultural. Na dimensão programática o ACS como representante do serviço de saúde analisaria o quanto e como governos respeitam, promovem e protegem o direito à saúde. Fica clara a complexidade da atuação esperada dos ACSs. Aqui questionamos: apesar do ACS ser dentro da equipe o ator que mais facilmente teria acesso a essas informações, estaria ele preparado para interpretá-las?

Em relação aos fluxos propostos a partir da identificação pelo ACS de famílias ou indivíduos que considera vulneráveis notamos baixa resolutividade do mesmo, com poucas opções de tecnologias e ferramentas disponíveis e carência de ações intersetoriais. As ações intersetoriais citadas são em sua maioria pontuais e transversais. Zanchetta et al. (2005), também identifica em seu estudo a carência por ações intersetoriais. Os ACS acabam priorizando o controle de doenças crônicas, a prevenção de outros agravos e a criação de vínculos por falta de outras resoluções.

As respostas que os ACSs tem a oferecer às demandas da população acabam centradas no reforço da assistência médica, (através de consultas médicas e visitas domiciliares do

médico) e na prevenção de riscos específicos, refletindo talvez uma limitação de todo o serviço na articulação de redes e ações intersetoriais.

Poderíamos assim, talvez extrapolar a percepção do que encontramos nas entrevistas dos ACSs para a equipe como um todo. Considerando que os ACSs são “os olhos da saúde no território”, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e o elo entre ambos, não seria a percepção que encontramos dos ACSs algo representativa também da visão da equipe? Poderíamos aventar a hipótese de que se os ACSs tendem a trabalhar na lógica programática, talvez seja porque o próprio serviço em que atuam também esteja assim estruturado. A categoria dos ACS representa percentualmente a maior fatia de trabalhadores de saúde da ESF. As falas dos ACS poderiam assim ser entendidas como a própria expressão da concepção de vulnerabilidade predominante na unidade de saúde pesquisada.

Finalmente devemos compreender que o processo de formação e qualificação do ACS é um desafio. Devemos evitar a romantização do ACS “super-herói” atribuindo-lhe mais claramente suas funções.(TOMAZ, 2002) A concepção do conceito de vulnerabilidade encontrada nas entrevistas demonstra a necessidade de investimento na formação dos ACSs para que os mesmos tenham contato com novos referenciais. Quando atuam pautados por referenciais biomédicos e lógica programática, os ACSs poderiam sentir-se impotentes quando deparam-se com situações mais complexas que fogem a esse modelo.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M. et al. (2002). **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para as políticas públicas**. Brasília: Unesco/BID
- ADLER, N. **Behavioral and social sciences research contributions in NIH**, 2008  
Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health, October 23-24, NIH Campus, Bethesda, Maryland 2006
- ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza**, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, May 2009 .
- AYRES JRCM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. P. 117-139.
- AYRES JRCM, França Junior I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.
- AYRES, JRCM, França Junior I, Paiva V. Conceitos e práticas de prevenção: Da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Ayres JR, Buchalla CM, Paiva V, coordenadores. **Vulnerabilidade e direitos humanos Prevenção e Promoção da saúde** Livro I Da doença à cidadania Rio de Janeiro: Juruá; 2012
- BARATA, RB **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977
- BEHRING, E., citado por Rosen, G., **Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica**, Rio de Janeiro, Graal, 1979. p.78.
- BHATTACHARYYA, K. et al. **Community health worker incentives and disincentives: how they affect motivation, retention and sustainability**. Arlington, Virginia, BASICS/USAID. 2001
- BIASOLI-ALVES, Z. M. M. A pesquisa em psicologia – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In.: **Diálogos Metodológicos sobre a prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília; MS / Fundação Nacional de Saúde, set. 1994
- BRASIL Ministério da Saúde. **Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**; 1997

BRASIL Lei 8080/1990

BRASIL, LEI 11350 /2006

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, Apr. 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312007000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 Abr. 2014.

CASTIEL Aspectos Técnicos, Metodológicos e Teóricos do Risco In: **Correndo o risco: Uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010 p. 17-30

COELHO, F. L. G. ; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004

FERREIRA, Vitória Solange Coelho et al . Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 898-906, Apr. 2009

FOSSAERT, D.H.; LOPIS,A. & TIGRE, C. H. Sistemas d vigilância epidemiológica. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 76: 512-525, 1974.

GILROY, K.E.; WINCH P **Management of sick children by community health workers. Intervention models and programme examples**. Geneva, WHO/UNICEF, 2006

GIOVANELLA, L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L org. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.493-546

HERCULANO, Selene. O mapa fantasma: como a luta de dois homens contra o cólera mudou o destino de nossas metrópoles. **Ambient. soc.**, Campinas , v. 13, n. 2, Dec. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-753X2010000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2010000200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 Apr. 2014.

LEHMAN U, Sanders D. **Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers**. Geneva: World Health Organization; 2007.

LEWIN S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, Odgaard-Jensen J, Johansen M, Aja GN, Zwarenstein M, Scheel IB. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2010, Issue 3. Art. No.: CD004015. DOI: 10.1002/14651858.CD004015.pub3.

MINAYO,M.C.S.; DÉLIA,J.C. & SVITONE,E. **Programa Agentes de Saúde do Ceará. Fortaleza**: Fundos das Nações Unidades para a Infância (Unicef),1990.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 13ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2013

NKONKI, Lungiswa; CLIFF, Julie; SANDERS, David. Lay health worker attrition: important but often ignored. **Bull World Health Organ**, Genebra , v. 89, n. 12, p. 919-923, Dec. 2011

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. 33p. (Textos para Discussão, 735).

NUNES, M.O.; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B.A. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov.-dez. 2002

PAIM, J.S Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L org. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.459-492

OMS Strengthening the performance of community health workers in primary health care. Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Organization (**WHO Technical Report Series**, No. 780). 1989

OMS/UNICEF - **Declaração de Alma Ata 1978. Cuidados Primários de Saúde**, 1979

PARKER, R.; GALVÃO, J. **Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996

PELLIANO, A. M. T. M. (org.),. **O Mapa da Fome: Subsídios à Formulação de uma Política de Segurança Alimentar**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

RODRIGUES DA SILVA, G., Avaliação e perspectivas da epidemiologia no Brasil, in **Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Rio de Janeiro**, ABRASCO, 1990. pp. 109-110.

RODRIGUES MSP, Leopardi MT. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza (CE): Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro : Graal, 1979

SANTOS EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Rev. Eletr. Enf** 2008;10(1):220-227. Disponível em URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>. Acessado em 29 de abril de 2015

SANTOS, M **Metamorfoses do espaço habitado** São Paulo: Hucitec 1988

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO **Carteira de serviços**. Rio de Janeiro: 2010

SEN A. **Development as Freedom**. New York: Anchor Books; 2000

SILVA, J.A **O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?** Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 10, Feb. 2002 .

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2002.

SILVA, Gerluce Alves Pontes da; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 11, p. 2463-2475, Nov. 2008 .

SILVA, ACPS, PEPE VLE. Vigilância Sanitária: campo da promoção e proteção da saúde. In: Giovanella L org. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.709-740

SMITH, A. J. Barefoot doctors and the medical pyramid. **Brit. med. J.**, **2**: 429-32, 1974.

TRAVERSO-YEPEZ, M.A. & PINHEIRO, V.S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicologia & Sociedade**, vol. 14, n. 2, p. 133-147. Porto Alegre. 2002

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 6, n. 10, p. 84-87, Feb. 2002

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, Dec. 1998

VIGNOLI, J. R. Vulnerabilidade sociodemográfica: antigos e novos riscos para a América Latina e o Caribe. In: CUNHA, J. M. P. (org). **Novas Metrôpoles Paulistas : População, vulnerabilidade e segregação**. Campinas: Unicamp, 2006. Pp. 95-142

WERNER, D. The village health worker - lackey or liberator. **World Health Forum**, 2:46–54.1981

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, 22 (3): 429-445, 1992

WISNER B. Marginality and vulnerability. **Appl Geogr** [serial on the Internet]. 1998 Jan [cited 2001 Ago 10];18(1):[about 9 p.] Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science>; Acesso em 29.maio 2015

ZANCHETTA, M.S. et al. Educação, crescimento e fortalecimento profissional do agente comunitário de saúde: estudo etnográfico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.4, n. 3, 2005

## APÊNDICE A – Roteiro para entrevista

Numero da entrevista: \_\_\_\_

1. Sexo ( ) F ( ) M
2. Idade <20 ( ) 20-30 ( ) 30-40 ( ) 40-50 ( ) 50-60 ( )
3. Há quanto tempo trabalha como ACS
4. Há quanto tempo mora no território de abrangência do CMS?
5. Que atividade exerceu antes de ser ACS?
6. Está estudando atualmente?

### Da organização do processo de trabalho do ACS:

7. Como é a sua rotina de trabalho?
8. Como é feita a programação das suas visitas?
9. Quais são os profissionais que participam da programação da visita do ACS?
10. Existe algum grupo de famílias ou indivíduos que é priorizado nas visitas?

### Da percepção do conceito de vulnerabilidade pelo ACS:

11. Qual outro grupo poderia ser priorizado na sua opinião?
12. Existem famílias ou indivíduos que necessitam de mais atenção do ACS?
13. Como você reconhece os que mais precisam de você?
14. O que se entende por famílias ou indivíduos vulneráveis?
15. Qual a importância do ACS na identificação dessas famílias / indivíduos?

### Das ações tomadas a partir das questões percebidas pelo ACS:

15. Quando você identifica um indivíduo ou família vulnerável quais são as ações propostas?
16. A equipe tem algum espaço / tempo reservado para discutir casos que você considera importantes? Você coloca sua opinião? Ela é considerada?
17. Deseja acrescentar algo que não foi perguntado?

**APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido****- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

Comitê de Ética em Pesquisa

Pagina 1/3

**Prezado participante,**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **VULNERABILIDADE FAMILIAR: AS CONCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE** desenvolvida por **MARÍLIA LUTTENBARCK BATALHA DE ALMEIDA** discente de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos. Caso aceite participar do estudo, as informações obtidas serão utilizadas somente para satisfazer os objetivos da pesquisa, não sendo utilizadas para outro fim.

O objetivo central da pesquisa é compreender o conceito do Agente Comunitário de Saúde sobre vulnerabilidade. O convite à sua participação se deve ao fato de você atuar atualmente na função de Agente Comunitário de Saúde do Centro Municipal de Saúde Manoel José Ferreira. A sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma e a recusa em participar não trará nenhum prejuízo para suas relações de trabalho. Embora esse estudo não implique em nenhum risco direto à sua saúde é possível que haja algum desconforto ou constrangimento ao responder à pesquisa. Caso isso ocorra sinalize imediatamente à pesquisadora.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

Página 2/3

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Ressalta-se que caso o Sr (a) sofra qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, tem direito à indenização, conforme itens III. 2.0, IV.4.c, V.3, V.5e V.6 da resolução CNS 466/12

A sua participação nesta pesquisa se dará por meio de entrevista individual. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 20 minutos. Todas as entrevistas serão gravadas, caso haja consentimento.

O Sr (a) aceita que a entrevista seja gravada? ( ) Sim ( ) Não

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de ampliar a compreensão de profissionais, gestores e estudantes sobre o tema abordado.

O material será transcrito e analisado e será armazenado em arquivos digitais, mas somente terão acesso ao mesmo a pesquisadora e seu orientador. Garantimos que as informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais, e asseguramos o sigilo sobre qualquer dado que possa identificá-lo na divulgação dos resultados da pesquisa. O material será armazenado em local seguro. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP, e posteriormente descartado através de exclusão dos arquivos. Você poderá acompanhar o andamento da pesquisa através do email do pesquisador, inclusive após o encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação. Você também pode solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas, e a sua solicitação será prontamente atendida.

Você receberá uma segunda via deste termo onde consta o telefone, email e o endereço institucional do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

Página 3/3

*“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP ou da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O comitê de ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.”*

**Endereços:**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863. E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) /

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, Comitê de Ética em Pesquisa Rua Evaristo da Veiga, 16 Sobreloja- Centro – Rio de Janeiro - RJ CEP: 20031-040 Telefone: 2215-1485. [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) , [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

---

Pesquisadora responsável

**Orientador:** [cadu.dmfc.ufrj@gmail.com](mailto:cadu.dmfc.ufrj@gmail.com) **Pesquisador:** [mluttenbarck@gmail.com](mailto:mluttenbarck@gmail.com)

**Telefones:** Orientador:2293-9543      Pesquisador: (21) 97293-7656

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

**Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

**Autorizo a gravação da entrevista e a utilização dos dados por ela gerados, conforme o previsto neste Termo de Consentimento.**

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

## APENDICE C - Entrevistas

### Entrevista 1

**Sexo:** Masculino

**Idade:** 46

**Tempo que trabalha como ACS:** 2 anos e meio

**Há quanto tempo mora no território de abrangência do CMS:** 6 a 8 anos

**Que atividade exerceu antes de ser ACS?**

*Trabalhei no prédio do Ministério da Fazenda, era contratado do Patrimônio da União, depois eu trabalhei como guardião de piscina. E isso. Foi.*

**Foram esses dois?**

*Dois empregos, é. E como contínuo também. Trabalhei na praia também como ajudante... Entendeu assim, de carteira assinada foram esses dois. Mas teve uns por fora. Com figuração também do PROJAC.*

**Está estudando atualmente?**

*Acabei de fazer o curso agora de técnico, técnico de segurança do trabalho. Acabei agora, vou pegar o diploma agora essa semana.*

**Já concluiu?**

*Já conclui já.*

**Como é sua rotina de trabalho?**

*Assim, é, a gente prioriza muito assim os pacientes né? Por exemplo, é... Hipertensos, diabético, acamados, né? Gestante, crianças menores de dois anos. Porque assim, é muito paciente para você abordar todos, assim, então a gente prioriza os que mais necessitam de atendimento, de atenção pode-se dizer, melhor dizendo. Então a gente prioriza esses que eu falei. Os obesos que estão com uma obesidade mórbida, ou seja, acamado. Então a gente prioriza essa parte porque não tem como se locomover. Fazemos também os DOTS quando necessário né? Crianças menores de dois anos, diabéticos, hipertensos. E assim, quando a gente visualiza também paciente que tá precisando muito de uma atenção ou uma residência que precisa muito de atenção... Porque eu peguei um caso de uma paciente que tava com sarna, aí quer dizer, veio de onde essa sarna? A mãe tava com sarna, ou seja, quase a família toda tava com sarna. A gente foi ver de onde está vindo... Porque tratar o problema é tranquilo: chega aqui, vocês dão o medicamento, legal. Mas se não for na fonte do problema, vai voltar tudo de novo. Então assim, a gente faz até um trabalho mesmo de investigador, nós somos investigadores na verdade. É um trabalho que eu gosto, não vou mentir não, eu gosto desse trabalho.*

**Como é feita a programação das suas visitas?**

*Assim, inicialmente eu priorizo, por exemplo, recém-nascido, dando um mês, tem recém-nascido, ali para mim é prioridade. Acabou o medicamento de um paciente acamado, ali é prioridade. A gente vai linkando naquele mês o que é mais urgente, entendeu? Porque tem urgências e urgências. Tanto é que você vai linkando na minha concepção quais são os mais urgentes, entendeu... Quais são as prioridades deles; aí basicamente eu faço o que eu acho melhor fazer. Claro que as vezes eu peço a opinião da X (Enfermeira da Equipe), mas assim, como tudo graças a Deus o tempo vai passando e você vai tendo aquele (estalar de dedos)feelingzinho, você vai sabendo administrar melhor.*

**Quais são os profissionais que participam da programação das suas visitas?**

*Assim, a médica, a enfermeira e no caso também a nossa técnica que a gente passa para ela: tem um acamado, vai fazer visita, coleta de sangue. A gente dá a programação para ela, por exemplo, da minha área: tem dois acamados, por exemplo, tá precisando de material, aí dou a lista para a minha enfermeira, para minha técnica, ela vai e providencia isso.*

**Essa programação é feita durante a reunião de equipe?**

*Sim, durante a reunião de equipe. Que daí agente aborda várias coisas, dentre elas isso daí também entendeu? Acamados, uma coleta de sangue, quais são as prioridades, enfim...*

**Você já falou um pouco, mas fale um pouco mais se existe algum grupo de famílias ou indivíduos que é priorizado nas visitas?**

*Sim, com certeza, tivemos o caso de uma família assim que... Acho que... Não sei se a criança era abusada... Que a criança estava com um comportamento muito estranho no colégio. Abordamos isso porque assim, já tava já...a diretora do colégio abordou isso, trouxe para a gente entendeu? Aí a gente foi ver qual era o problema. O problema era o que acontecia: a gente começou a analisar que a família pequena, um cômodo pequeno e assim, todo mundo tinha relação com todo mundo, ou seja, a criança deve ter visto o pai ter relação com a mãe, ou com a irmã, entendeu? Não tinha essa divisão de ter quarto, era tudo num cômodo só. Aí fomos descobrir da onde veio porque a criança ficava igual tarado. Da onde veio isso? Aí gente prioriza esses... Vê uma situação e investiga da onde tá vindo. Isso é legal, isso é muito bom.*

**Você falou de alguns grupos que você prioriza né? Você falou do recém-nascido, hipertenso... Tem algum outro grupo que poderia ser priorizado na sua opinião?**

*Lá na comunidade o que eu vejo é muitas crianças assim catorze para dezesseis, grávidas, entendeu? Grávidas. Muitas vezes não tem estrutura, não tem condição... A maioria não tem. 98% não tem condições nenhuma de criar uma criança. Aí quem cria... Os avós acabam sendo pais. Aí acarreta o quê? Acarreta que ela vai deixar de estudar, vai deixar de sabe... De progredir até... De poder fazer isso em função de filhos. Ou seja, para a vida... Filho para a vida. Interrompe tudo né?*

**Quando você fala criança grávida é...?**

*Na faixa catorze para mais ou menos dezoito, dezesseis anos. Nessa faixa etária assim mais ou menos. Tem muito.*

**Você percebe se existem famílias ou indivíduos que precisam mais da atenção do ACS?**

*Sempre há. Sempre tem um individuo... Eu tava com um paciente, coitado assim... Ele veio do Norte... Ele a mãe, a família né? A irmã que mora aqui trouxe... e ele , o que ele comia por cima descia por baixo.Parecia uma criança.Eu via aquele varalção de roupa assim, eu falei, mas todo dia lava roupa?Aí eu perguntei... Aí ela me explicou: Não, é porque o que ele come por cima vai por baixo. Aí eu com calma tentei convencer ele para vir no médico, ele não queria vir no medico de jeito nenhum. Por fim eu conquistei a confiança da mãe, conquistei a confiança dele, ele foi atendido pela gente e hoje ele tá super bem, trabalhando. Então pra mim, não tem dinheiro que pague isso. Você ver a pessoa quase ruim e daqui a pouco você vê a pessoa forte, trabalhando. Aí foi engraçado que eu até me emocionei na hora. Eu subindo com a minha esposa o morro, aí a mãe, a senhora devia ter oitenta e poucos anos se ajoelhou: “Meu filho não tenho como te agradecer o que você fez por mim e pelo meu filho.”. Então isso é muito bom, cara, não tem dinheiro que pague isso não. Eu acho muito bom o trabalho aqui, eu gosto. Por esses motivos entendeu?*

**Como que você reconhece as famílias ou pessoas que mais precisam de você?**

*Às vezes quando a gente visita a gente entra na casa, a gente entra na intimidade das pessoas. Nós temos acesso que de repente vocês vão ter depois que a gente tem. Primeiro a gente vai, faz o contato, depois vocês chegam. E assim, tem uma casa, sempre chama muito atenção pela sujeira. Uma vez eu tava muito apertado, fui no banheiro, meu Deus do céu.Não sei nem te explicar.Muito sujo, muito sujo.Aí ,o que eu percebi é que não é só a mãe que é assim, as filhas ...acho que só uma filha que não é...que parece que vai passando sabe? Esse hábito de sujeira vai passando de mãe para filho, de filho para neto. E assim, eu fiquei pensando o que eu posso fazer para abordar? Até hoje tô pensando. Vou ate passar isso para a X(Enfermeira da Equipe) que eu nem passei para ela ainda.Mas é uma coisa muito delicada você passar para a família. Você é antihigiênico? Você é porca?Entendeu assim? É difícil. (Risos)*

**O que você entende quando a gente fala de família ou individuo vulnerável?**

*O individuo vulnerável pode ter uma família. De repente pode ser uma família com um individuo vulnerável. É a pessoa que tá mais precisando da gente. Eu entendo dessa forma.*

**E quais seriam essas pessoas que mais precisam?**

*Quais seriam? Um alcoólatra, por exemplo, precisa da nossa atenção. Um viciado em droga precisa da nossa atenção. Mais do que o restante da família. Pra mim ele é um individuo vulnerável. Entendeu? É isso.*

**Qual a importância do agente comunitário na identificação destas famílias?**

*Que nem eu falei para você anteriormente nós somos o cartão de visita. Eu acho assim, que nós somos até investigadores. Pelo fato da gente tá na situação e nós já temos já com o tempo de casa, fareja algumas coisas que estão precisando de muita ajuda. Nós somos a ponte de ligação entre a enfermeira, entre a médica e entre a técnica. Sem a gente o trabalho de vocês seria muito... Ou não seria. Porque claro que às vezes muitas coisas a princípio não abre para a gente, mas abre para vocês. Então aqui, por isso que nos somos uma equipe. A gente começa, a enfermeira dá o caminho e a medica finaliza.*

**Quando você identifica uma família ou indivíduo vulnerável, quais são as ações que são propostas?**

*Bom, a princípio eu passo para a minha enfermeira. Aí em conjunto a gente analisa quais são as melhores condições. Porque sozinho não dá para analisar, porque uma coisa que pode ser aquilo a principio não é né? Então eu passo para a minha enfermeira e posteriormente para a medica claro, que a gente junto a gente analisa.*

**A equipe tem algum espaço, algum tempo reservado para discutir esses casos que você considera importantes?**

*Então nessa hora da reunião de equipe.*

**Você acha que sua opinião ela é considerada, ela é ouvida?**

*Eu acho, no começo nem tanto, mas agora mais. Porque quando eu cheguei aqui a equipe já estava formada já. Mas conforme você vai passando o tempo, você também vai mostrando seu trabalho, as pessoas passam a dar mais credibilidade.*

**Você quer acrescentar alguma coisa?**

*Não. Tranquilo. Depois se eu pensar eu posso falar? (Risos)*

## **Entrevista 2**

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 39

**Tempo que trabalha como ACS:** 3 anos. Fiz 3 anos dia 16/11/2014

**Há quanto tempo mora no território de abrangência do CMS:** Há 39 anos.

**Que atividade exerceu antes de ser ACS?**

*Trabalho profissional mesmo já fiz de tudo na vida um pouco. Dentro da minha comunidade eu comecei como menor né? Criança da AMICOM, eram os amiguinhos comunitário. Era um grupo de adultos que faziam um trabalho muito legal para que a gente tivesse vida social, né? Para que a gente tivesse um pouco de cultura. Aí eu fui criança nesse grupo e depois quando eu fiz quinze anos por falta de material humano, por falta de adulto, eles começaram a me convocar para ir ajudando nos passeios, aí quando eu fui ver eu já era instrutora. Aí passaram-se alguns anos, o grupo acabou, mesmo eu tendo ido para essa minha ajuda, o grupo acabou por causa dos adultos de novo, cada um segue a sua vida, aí ficamos anos sem ter. Aí teve o grupo de jovens, aí também dentro da igreja católica, mas aí também acabou por causa dos adultos...É sempre por causa dos adultos, não sei por quê. (Risos). Aí depois de bastante tempo mais ou menos uns dez anos o fundador da AMICOM resolveu reativar, porque já tinha tido, um grupo de escoteiros na minha comunidade. Aí me convidou, na época eu estava com 23 para 24 anos e aceitei. E to lá até hoje. Me afastei uns três anos atrás porque estou fazendo técnico de enfermagem. Aí eu tinha que fazer estágio e tinha aulas aos sábados. E a atividade lá no grupo de escoteiro é aos sábados. Aí me afastei, mas tô retornando agora no fim do ano para dar início às atividades ano que vem.*

**Atualmente está estudando?**

*Eu ainda estudo. Eu terminei a teoria do curso técnico.*

**Técnico de enfermagem?**

*Técnico de enfermagem. Aí agora tem a parte prática que são os estágios. Não é minha intenção chegar para aprender tudo no estágio. Então a gente lê e estuda antes, pelo menos eu faço isso, estudo antes de chegar lá no campo, né? Para saber alguma coisa e não da com o burro n'água. (Risos)*

### **Como que é sua rotina como ACS?**

*Bem, a minha rotina mudou um pouquinho, não digo nem bastante. No começo foi bastante, mas agora é só um pouco mesmo, né? Por causa da mudança de território e por causa do benefício, por a gente morar muito longe, que a gente teve que foi a não batida de ponto. Antes a gente tinha que sair, se deslocar andar 2,1km, chegar aqui, bater o ponto e voltar para a área de cobertura que é daqui a 2,1 km. E de tarde voltar para cá de novo, então eram quatro vezes indas e vindas à unidade. Então a gente teve esse benefício de não precisar mais bater o ponto. Então eu acordo 06h40min, essa é a minha rotina, boto comida para os meus gatos, aí tomo banho, tomo café e vou para o meu território. Aí faço minhas visitas domiciliar ou cadastro, seja lá o que for e se tiver que vir para a unidade porque tem o Acolhimento ou alguma coisa, aí eu venho para o Acolhimento.*

### **Fala um pouco sobre essa mudança de território...**

*A mudança de território no caso, a minha área: Quando o saúde da família entrou lá na área de abrangência na comunidade onde eu moro, foi dito que não poderia ter uma clínica da família. La porque a comunidade era pequena, não tinha quantidade de famílias para poder se abrir uma clínica. Então a gente foi deslocado para cá. Mas todo mundo na... Como a gente mora na comunidade todos os ACSs (da equipe) tirando o X, até a X que não nasceu lá foi pra lá muito pequena porque a mãe dela é casada com um rapaz lá há dezesseis anos. Então ela foi para lá muito pequena, acho que tinha quatro ou cinco anos. Então todo mundo era da comunidade, então todo mundo tinha um pedacinho na comunidade. As microáreas ficaram divididas entre os seis ACSs e cada ACS tinha em torno de oitenta e nove a noventa famílias dentro da comunidade. Porque então era só comunidade. Aí depois abrangiu para o território na parte do asfalto. Marques de Abrantes, Senador Vergueiro. Aí a gente dividiu também a área embaixo e ficou um pessoal com um pouquinho de família na comunidade e no asfalto. Aí com a nova mudança a gente não podia todos os ACS ter um pedaço de área na comunidade, então ficaram só dois ACS e nós acabamos indo para a rua. Então hoje em dia eu não tenho mais famílias na comunidade. A minha área de cobertura total é asfalto.*

### **Como é que é feita a programação das visitas?**

*Eu normalmente faço um dia antes. Eu já tentei fazer uma semana, já tentei logo no começo do ano, tentei até me programar dentro da agenda do VITACARE, só que não dá. Tem sempre uma coisa extraordinária, tem sempre uma coisa para fazer, tipo vou ter que render o colega porque o colega ficou doente, ou tá de licença, ou tem um exame para fazer... Então eu programo sempre um dia antes, a princípio né? Aí tem usuários que eu ligo, digo que to indo, e tem usuários que eu to passando na porta, to batendo, apertando o interfone e to subindo.*

### **Algum outro profissional participa dessa programação?**

*Da minha agenda não de VD. (visita domiciliar). Ao contrario, eu participo se houver a necessidade. Por exemplo: fui visitar um usuário onde a mãe veio e a mãe é acamada ou tem alguma deficiência. Aí eu trago na reunião de equipe, eu exponho isso e peço ajuda do medico, do enfermeiro ou do técnico de enfermagem também para ir tá fazendo a visita comigo. Mas na minha agenda, na minha programação, não.*

### **Você que programa?**

*Eu que programo.*

### **Existe algum grupo de famílias ou indivíduos que é priorizado nas visitas?**

*Na minha visita eu priorizo gestante e crianças menores de um ano. Tem os acamado também, né? Eu tenho duas acamadas que não tem os membros inferiores por causa de diabetes, eu tenho um senhor que teve um acidente quando jovem aí fez uma operação que não deu certo e hoje também tá acamado então eu procuro priorizar esses. Hipertensão, descontrolado, descompensado, tem alguns, tinha pelo menos na comunidade alguns usuários que não faziam uso correto da medicação então eu pelo menos priorizo isso. Mas com certeza gestantes e crianças menores de um ano.*

### **Qual outro grupo você acha que poderia ser priorizado também na sua opinião?**

*Ah, depende muito da vulnerabilidade, né? Quando a gente entra na casa, a gente conhece a família, a gente vê que tá faltando alguma coisa... Às vezes muita gente pensa só na doença física, né? Mas tem a doença mental, tem a doença psicológica, tem idosos que vem aqui só para conversar com a gente, né? Porque o problema dele não é no corpo, o problema dele acaba sendo na alma. Falta de alguém para conversar, são muitos idosos sozinhos que já criaram suas famílias, hoje em dia vivem sozinhos, então eu também priorizo isso e já chego a falar também em reunião de equipe.*

### **Existem famílias ou indivíduos que precisam mais da atenção do que outras famílias?**

*Sim claro, como eu falei as pessoas vulneráveis né? Tipo, uma família, que a gente nunca vai imaginar, mora na Marquês de Abrantes, o edifício é bacana, portaria luxuosa, mas dentro de um apartamento de quarto e sala cozinha e banheiro acho que moram oito, dez pessoas. Aí a mãe teve muitos filhos, cada um... não é cada um de um pai né, mas assim, não tem um parceiro certo. Aí a filha agora tem vinte e dois anos já tá com bebê, aí tem umas outras irmãs também, então essa família, essa família para mim, é uma família de alerta, porque eles acabam tomando como espelho a vida que veio, né? Da mãe...quando for ver é uma menina de dezesseis, dezessete anos que tá grávida e se tá grávida é porque ela teve relações sem preservativo e quando é um filho a gente cria, todo mundo cria, todo mundo ajuda, mas quando é uma doença as pessoas se afastam. Eu acho que isso é uma vulnerabilidade. Os idosos principalmente que os filhos acabam abandonando. Eles aparecem muito quando tem herança, isso é, nãoé generalizando, mas é uma coisa que eu constatei no asfalto. Na comunidade não. Todo mundo é amigo. Os vizinhos uns olham os outros. Minha mãe antes de falecer eu trouxe ela de São Cristóvão, (ela) morava num lugar legal mas trouxe ela para morar comigo na comunidade. E eu trabalho. E minha mãe fazia hemodiálise e era a vizinhança que tomava conta dela. Coisa que minha irmã mais velha não conseguiu, mora num edifício super luxuoso mas não conseguiu. Porque todo mundo fecha suas portas e cada um vive seu mundo. Né? Então quando a gente entra que vê isso, acho que é um agravante, eu acho que a gente tem que dar um pouco mais de atenção para essas famílias.*

### **Como que você reconhece, faz esse reconhecimento dos que mais precisam de você?**

*É através do histórico né, quando a gente começa... Primeiro começa com o cadastramento. Eu identifico muito quando a gente fala do grau de instrução e a gente vai pela idade. Uma menina de dezoito anos, vinte anos que não conseguiu terminar nem o ensino médio, já é preocupante, né? Mora aqui há quanto tempo? Ah, eu moro aqui há dez anos. Uma pessoa que tá dentro do que a gente, vamos dizer assim, de um lugar que é totalmente capitalista né? Que prepara realmente a pessoa para o mercado de trabalho, para ganhar dinheiro, para se autossustentar, você não consegue concluir o ensino médio? Né? Quando vem de outro estado, do Nordeste, é diferente. Normalmente eles vem para cá sem estudo mesmo mas vem para trabalhar. Mas a pessoa que praticamente nasceu aqui não consegue concluir o ensino médio já é para mim um agravante. Aí você começa a conversar com o pai, aí o pai também de repente, tem muitos pais até que concluíram, mas o filho já não concluiu. Tipo assim, eu acho que faltou alguma coisa ali naquela estrutura familiar para que aquela criança né, quando criança, tivesse na escola, tivesse um acompanhamento, tivesse pelo menos uma ideia do que seria o futuro dela. Ou será que não teve nenhuma indicação, não teve nenhum espelho, né? Para: "Ah, eu quero ser igual meu pai, igual minha mãe". Não sei. Mas eu procuro sempre começar a avalia-lo por aí. Aí depois vem pelos grupos de saúde né? Se tem hipertensão, se tem diabetes, se tem alguma gestante, se tem alguma criança, tem algum deficiente, algum idoso. Aí eu vou fazendo a minha prioridade por aí.*

### **O que você entende quando a gente fala de família ou pessoa, individuo vulnerável?**

*Ah, é exatamente isso né. É, eu começo pelo histórico familiar num total. Porque às vezes a violência não vem nem de fora, vem da própria casa, né? Tem, a criança acaba sendo prejudicada se tiver criança no meio, né? Acredito eu, não sou médica, mas acredito eu que deve acarretar algum déficit. Eu tiro por mim, né? Meu pai se separou da minha mãe eu tinha trinta anos, há nove anos, e foi muito difícil com trinta anos. Eu tinha meu pai, tinha minha mãe, tinha minha casa, minha estrutura familiar. Minha mãe veio do Ceará para cá analfabeta. A gente que ensinou ela a ler, a escrever o próprio nome. E incentivou ela, ela fez até a 4ª série em um colégio lá em Botafogo. Mas ela mandava, ela botava todo mundo sentado para estudar. Né? Então eu vejo muito por aí, pela estrutura familiar, o que eles estão me trazendo. Porque a gente conforme vai tendo um vínculo eles vão trazendo uns históricos, né? Já tive histórico de abuso, né? Então a gente vai vendo a vulnerabilidade por aí, conforme o contato com a própria família. A principio é o que a gente vê, o visual: aparência da casa, se tem ventilação, se não tem, se é limpa, se é suja, se tem criança, se tem idoso e depois o histórico que a família vai trazendo.*

### **Qual é a importância do ACS na identificação dessas famílias?**

*Eu acho que total. Não é porque eu sou agente de saúde não. (Risos). Mas se parar para analisar o programa, o programa é perfeito. Eu acho que o papel do agente comunitário é exatamente esse. Trazer para a reunião de equipe, que a gente é uma equipe né, a gente não trabalha sozinho... Discutir os casos, fazer o famiograma, correr atrás de trazer essas famílias para a gente. Se for idoso, é o que eu sempre falo: Dar uma melhor qualidade de vida no final da vida. Dependendo da idade do adulto, mudar alguns hábitos, algumas maneiras, não que a gente imponha mudança, né? Mas orientar para que a vida dele seja melhor. E se for criança no caso, trazer para a gente também para que eles não sofram o que o adulto tá sofrendo e lá na frente a mesma vida do idoso daquela família. E eu acho que é isso. A total responsabilidade, assim, não vejo a total responsabilidade só no Agente Comunitário, mas por eu ser Agente Comunitário, eu acho, uma grande parcela né? Da responsabilidade acho que fica no Agente Comunitário. Porque se o Agente Comunitário que tá na área não trouxer isso para a equipe,*

*não conversar com o médico, não conversar com o enfermeiro que é a equipe técnica e que tem a, vamos dizer, não é nem a capacidade né? Mas tem poder ali, mais rápido até mesmo que o agente, conseguir mudar algum quadro, né? Se a gente não trouxer não tem como caminhar.*

**Essa é a próxima pergunta: Se a equipe tem algum espaço, algum tempo reservado para discutir esses casos que você considera importante? E se você coloca sua opinião e se ela é considerada?**

*A Equipe ela tem um espaço, né? é toda terça feira a partir das 14h. A gente conversa todos os agentes com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem. E a gente aborda. Eu sempre me coloco, as pessoas acham que até muito (Risos) veemente né? Mas eu acho que o caso quando ele tem que ser discutido, tem que ser analisado a gente coloca com veemência mesmo e a gente quer ser ouvido, a gente quer debater sobre o problema, a gente quer que nos ouçam. E a gente sempre fala, porque a gente não pode fazer nada, o que a gente podia fazer a gente já fez, né? E também porque como eu falei a responsabilidade é comum. É a gente que tá sempre na linha de frente, é sempre a gente que volta com a resposta. Ou sempre eles vêm procurar a gente para a resposta. Então a gente debate bastante na reunião de equipe.*

**E quando você identifica esse individuo ou família vulnerável quais são as ações propostas?**

*É, depende, a gente discute na reunião. Às vezes na reunião pode ser decidido a visita do médico, do enfermeiro ou do técnico. Já tive problema de uma senhora que queria porque queria porque queria colher sangue. Ela era acamada... Queria porque queria... não foi nem ela né? Foi a filha dela. Queria porque queria porque queria... ficou feliz da vida quando o técnico foi lá e colheu sangue... Então as vezes é... A gente discute e decide na hora na reunião o que é o melhor a se fazer. O importante é ter o caso.*

**Tem mais alguma coisa que você queira acrescentar?**

*Bem, eu falei sobre as reuniões de equipe, né?. Eu acho que as nossas reuniões de equipe elas podiam ser mais bem aproveitadas. Eu fiquei muito satisfeita de receber a caderneta do usuário né? Ontem eu depois de chegar em casa, tomar banho e descansar eu falei, vou dormir... Não, não vou dormir não... Vou ler a caderneta. E eu ali, eu me senti um usuário sendo informado e me senti um Agente sendo informado tanto que hoje eu já usei da informação que tinha dentro da caderneta. Então eu acho que as nossas reuniões de equipe elas podiam ser mais aproveitadas, né? Um tempo que a gente fica, de duas às cinco, são três horas, dá para a gente discutir casos de algumas famílias, né? Não só sempre: Ah, precisa de VD (Visita Domiciliar) na casa de quem? Ah, porque a agenda; Ah porque isso; As mesmas coisas, né? Eu, como falei anteriormente ...teve um momento que eu fiquei muito desmotivada. Toda segunda-feira eu falava: Meu Deus, amanhã tem reunião de novo, né? Eu espero que nossa reunião mude um pouco. Até chegou a ter uma proposta da médica anterior de fazer estudo, dar tema para a gente ler, eu fiquei super empolgada só que não rolou. Não agradou a todos né? Então acabou a minoria perdendo. Então eu gostaria que a reunião melhorasse, né? A gente fizesse um familiograma, como foi feito nas reuniões anteriores, bem no comecinho da médica anterior. Porque que tão encaminhando a criança para psicóloga? A creche ta mandando. Então vamos estudar a família. O que que tá acontecendo... Aí a gente descobriu da onde vinha o problema da criança, e isso é importante, né?. Assim, quando eu falo eu tenho usuário, eu conheço, infelizmente eu me reporto as pessoas da comunidade. Aí tem uma menina que foi do grupo jovem, eu era responsável pelo Grupo Jovem, ela era um espetáculo, cantava, tinha uma voz maravilhosa. Aí acabou o Grupo Jovem infelizmente, aí ela ta se envolvendo com droga, nada contra, mas aí se tornou homossexual, aí leva um monte de menina para casa e isso a mãe ta infeliz, o irmão que é de menor esta com problema psicológico, não sai de casa tá deprimido, tem medo das pessoas ficarem julgando ele pela atitude da irmã, tinha o cabelo comprido aí cortou o cabelo, aí vivia drogada voltava suja, fedendo para casa e por que tudo isso? Por causa da perda do pai, né? Assim, essa é a minha avaliação porque a mãe com a doença do pai teve um surto psiquiátrico, teve que ser internada, tomando remédio e tal só que agora melhorou mas aí ela continua... Será que aí desestruturou no caso ela porque a família foi desestruturada? Assim, não sentamos, não conversamos né? Não fizemos um fluxo, um familiograma. Não estudamos por que X chegou a esse ponto. Se a gente não fizer isso, é praticamente um planejamento, a gente não tem como chegar nos nossos objetivos, que é a pessoa, o ser humano.*

### Entrevista 3

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 25

**Tempo que trabalha como ACS:** Dez meses.

**Há quanto tempo mora no território de abrangência do CMS:** Tem quinze anos.

#### Que atividade exerceu antes de ser ACS?

*Eu sempre participei do grupo escoteiro na comunidade. E remunerado assim, eu trabalhava em comércio. Nada a ver com saúde. Só que tem um tempinho já que eu já comecei a fazer o técnico de enfermagem, depois eu pensei, que para conhecer melhor né? Vou aceitar essa proposta, vou fazer essa prova. Foi assim...(risos)*

#### Então atualmente você está fazendo o curso técnico de enfermagem?

Tô terminando, já to nos estágios, no finalzinho.

#### Me conta um pouco como é sua rotina de trabalho.

*É meio dividido entre acolhimento né? Que tem que ...No momento que eu to no território...os primeiros meses...eu sempre pego as primeiras semanas no caso do mês: Hipertenso, diabético, até porque, tem acamado no meio que eu levo remédio, então tenho que pegar na primeira semana. Porque a hora que a receita tá acabando já tem que tá com a outra lá para eles. E depois eu pego já gestante, criança, que são as principais né? É o alvo que a gente tem que atingir todo mês, tem que ser olhado, tem que ser acompanhado.*

#### E como que é feita a programação das visitas?

*Primeiro eu vejo acamados, por causa da questão de receita, porque os que não são acamados eles mesmos vem aqui e buscam remédio. Então são os que mais tem necessidade de ter acompanhamento na primeira semana. Depois eu vou vendo...quem mora perto...Porque se eu não encontro um eu já parto pro outro.*

#### Quais são os profissionais que participam dessa sua programação de visitas?

*A maioria das visitas é tudo sozinha. Quando medico, ou enfermeira ou técnico vai isso é um extra. Se tiver que ir eles vão de novo. Mas primeiro é a minha visita para saber como é que tá, o que que tá acontecendo. Se tiver algum problema maior, aí eu peço ajuda.*

#### E a programação em si? Quem que decide quem você vai visitar? É você que faz essa programação? Ou faz junto com a enfermeira, junto com a técnica?

*Das minhas visitas?*

**Isso.**

*Sou eu que decido, sou eu que decido. Mas já tem uma listagem que tem de todos...quem são acamados, hipertenso, diabético, criança, gestante. Isso aí tudo tem. Todo mês eu sei que eu tenho que ir naquelas mesmas pessoas e depois eu vou vendo. Ah, em quem que eu não passei? Para complementar.*

#### Existe algum grupo de famílias ou pessoa que é priorizado nas visitas?

*Existe. Eu priorizo também...tem uma senhora, Dona X. Por quê? Porque ela fica realmente sozinha. Então quando eu chego eu tenho que pegar, abrir o portão. Aí eu só grito da porta, ela fala pode entrar. Remédio: Só fica do lado na cabeceira da cama. Não fica parente com ela, então eu tenho que ir todo mês. Às vezes quando eu to passando perto ainda passo de novo, para saber se tá faltando alguma coisa, se tá precisando de alguma coisa. E ela não sai da cama, então é muito difícil. Então eu vejo a necessidade maior entendeu? Eu estar sempre acompanhando, sempre que eu posso, dar uma passada. E tem uma família também que tem crianças, que fica realmente jogada, que a mãe não tá nem aí. Então eu tenho que sempre estar correndo atrás do cartão de vacina....Ah, vai ter campanha...Aí tem que ir lá: Ó, vai ter campanha. A campanha é amanhã, tem que tá lembrando, tem que tá falando sempre.*

#### Na sua opinião tem algum outro grupo que deveria ser priorizado? Que poderia ser priorizado também?

Depois desses grupos, para mim, é as adolescentes. Tinha que ter um direcionamento melhor, porque estão engravidando muito cedo e sem responsabilidade. Porque você vê: que ainda gostam de ficar na rua, então não quer olhar a criança. Aí acaba deixando a criança no sereno até tarde. Vira a madrugada bebendo com criança. Elas tão assim: tem filho, amanhã já tá: Ah, é porque é o mijó da criança. Eu não sei o que que é isso que a mãe tem que tá lá no sereno bebendo. Então eu acho que tem que ter, para direcionar, entendeu? Sei lá, explicar se não é isso que quer como é que faz para se prevenir. Lógico que sabe, mas é muito melhor quando tem um profissional.

Porque muitas vezes elas não se abrem com mãe, pai. Com outras pessoas no grupo que tá a amiga dela, que vai falar, a outra vai falar, acho que fica melhor.

**Tem famílias ou indivíduos que você percebe que precisam mais da atenção do agente comunitário do que outras famílias?**

*Em todo local tem. Sempre tem uma pessoa... Às vezes nem é a família toda. Às vezes é só aquele um indivíduo que precisa mais. .Porque não tem quem ajudar. Às vezes tem até parente perto, mas não tem quem vá lá dar um suporte. Às vezes deixa sem tomar remédio. Às vezes a pessoa que toma conta do outro também não tem estrutura nenhuma para estar tomando conta do outro. E a gente tem que estar sempre envolvido nisso.*

**E como que você reconhece essas pessoas que precisam mais?**

*Só indo na casa e escutando a historia que eles mesmos vão contando, né?...Cada vez que quando você chega, tem uma historia que.... "Porque fulano não vem aqui me ver... É porque minha filha não tá nem aí... Eu só passo tempo sozinha". E tem que perceber também: Todas as vezes que você chega a pessoa tá sozinha? Tem alguma coisa de errado. Vou sempre em horários diferentes.Para ver também se....Porque idoso sempre inventa também alguma coisa porque realmente não quer...Quer atenção e os familiar tudo tem que trabalhar. Tem que ir em horários diferentes,escutar outras historias. Sua irmã? Mora aonde? Aí você vai na irmã.Ah porque é muito complicado, mas tem que ser aos pouquinhos e com a conversa(Risos)*

**O que você entende por famílias ou indivíduos vulneráveis? Na sua opinião.**

*Para mim são as famílias que precisam de mais apoio. Que precisam de mais atenção. Que necessitam mais de você, mais da sua presença. São estes tipos de família que a gente tava acabando de conversar. Quem que você precisa tá dando apoio, tá lembrando dia de consulta...Senão se perde, finge que esqueceu, que não sabe, que foge de médico, que não gosta de medico, não gosta de nada e precisa.*

**Na sua opinião qual a importância do agente comunitário na identificação dessas pessoas ou dessas famílias?**

*É fazer uma ponte da pessoa com a unidade, com o médico ou com o responsável que vai La que vai abrir um pouquinho a mente da pessoa né? Para mostrar um pouquinho que a pessoa precisa. Porque normalmente eles acham que não precisa. Que tá muito bem assim, sempre vivi assim, eu vou fica assim e não quero. Então a gente é aquele amiguinho que vai lá e fica: " Não, vamo lá só conhecer. Se você não gostar você não vai mais. Tem que ir sempre com jeitinho (risos) para conseguir.*

**E quando você identifica um indivíduo ou uma família vulnerável, quais são as ações propostas para essa família ou para essa pessoa?**

*Primeiramente eu procuro saber o que que ele quer, o que que ele precisa? Porque a partir, o principio do que ele quer a gente vai apresentando outras coisas. Às vezes assim: "Eu só quero arrancar um dente .Eu não quero mais nada, não preciso de ir no médico, mas do dente você vai conversando...Por que não aproveita, faz um exame de sangue?" Para a gente ir conseguindo chegar onde a gente quer. Porque as vezes a gente ate sabe que não é o dente que ta fazendo mal.Só que é ele que vai levar no nosso objetivo.*

**A equipe tem algum espaço, algum tempo reservado para discutir os casos que você considera importantes?**

*Normalmente é na reunião de equipe. Ultimamente não ta dando muito, muito transtorno, muitas outras coisas para serem resolvidas, mas normalmente é na reunião de equipe, onde a gente... .Fez a visita, encontrou algum problema a gente traz e todo mundo discute...até assim... Ah, o outro que conhece mais, conhece mais a família: é assim? Assim a gente se ajuda.*

**E você coloca sua opinião? Ela é considerada?**

*É, sempre é.(Risos)*

**Sobre este tema, tem alguma outra coisa que você queira falar? Sobre as famílias, os indivíduos que você acompanha? Alguma coisa que não foi perguntada?**

*Não, so isso, até já falei muito. Eu morro de vergonha, eu tenho muita vergonha. (Risos)*

**Entrevista 04****Sexo:** Feminino**Idade:** 46**Tempo que trabalha como ACS:** 3 anos.**Há quanto tempo mora no território de abrangência do CMS:** Desde que nasci..**Que atividade exerceu antes de ser ACS?**

*Antes de vir para cá eu tava como caixa, mas já trabalhei em escola... Eu sempre trabalhei antes de vir para cá em comercio e escola.*

**Na escola fazendo o quê?**

*Eu era auxiliar de serviços gerais.Trabalhei sete anos.*

**E aí antes de vir para cá você tava no comércio?**

*No comércio,é. Que eu saí,aí saí da escola. Um antigo gerente meu da sapataria onde eu trabalhei de caixa me chamou para trabalhar de volta, eu voltei. Aí fui chamada para cá, já tinha feito a prova em 2010 aí eu falei: Oba! Tô dentro. (Risos)*

**E atualmente você está estudando?**

*Não, to pretendendo voltar ano que vem.Preciso organizar minha vida.*

**Tá querendo estudar o quê?**

*Eu tenho que terminar o médio que eu nem terminei ainda.Que quando eu fiz eles só exigiam fundamental completo. Aí eu acho que 2012 em diante que eles passaram a pedir o médio completo.*

**Me conta um pouco como é sua rotina de trabalho.**

*Com essa redivisão do território fica meio difícil assim né? Porque na comunidade você conhece as pessoas. Ontem mesmo eu fui entregar um SISREG a senhora era da (Equipe) Águia, aí mudou para a (Rua) Senador Vergueiro, que uma parte é minha. Eu fui entregar o SISREG, é uma irmã que mora lá, não é ela, sabe é muito confuso, porque você pega muita mentira, o pessoal mente muito. Mora lá na Ilha do Governador mas dá o endereço do parente que mora aqui então você acaba não tendo acesso a esse usuário entendeu? E tipo assim, por telefone eu não sou muito fã disso. Eu gosto de... assim, porteiro, porteiro sabe da vida de todo mundo...Eu gosto de ir...Um dia você vai de manhã, outro dia você vai à tarde porque né? Porque eles trocam de dia essas coisas toda, e você acaba sempre absorvendo tudo o que você precisa saber. Se o paciente mora lá, e até outras coisas mais, quando tem alguma pessoa em vulnerabilidade mesmo...O porteiro sempre comenta alguma coisa. Aí eu não sou muito fã de tá nesse negócio de telefone.Eu gosto de ir entendeu? Os porteiros vão nos conhecendo eles acabam sempre falando alguma coisa.*

**E como que é feita a programação das visitas?**

*Bom, normalmente assim, como eu mudei agora de território né? Não trabalho mais na comunidade, assim, eu não tenho criança praticamente. Amanhã eu vou fazer uma ficha C de uma criança, né? Nova, dessa minha nova área mas eu dou mais prioridade assim para idosos, idosos que moram sozinhos, acamados e para as crianças na época que eu tinha. Agora eu quase, eu acho que eu tenho duas crianças atualmente no meu território. Mas eu dou preferência para aqueles idosos que moram sozinhos acamados.*

**Existe mais alguém que participe da programação das suas visitas?**

*Não, a X (Enfermeira da Equipe) dá liberdade para a gente mesmo organizar como é que nós vamos fazer essas coisas todas, entendeu?*

**Você mesmo que programa?**

*Isso.*

**Existe algum grupo de famílias ou indivíduos que é priorizado nas visitas?**

*Ah tem...Assim, como eu te falei, assim, os acamados, né? Idosos que moram sozinhos... Assim no caso na minha microárea no morro eu tenho um caso de violência doméstica.Já há muitos anos. Aí assim, ela tem três filhos pequenos, então é uma pessoa que a gente tá sempre tá pontuando. Então semana passada a gente fez aquela escala de fazer aquele mutirão de preventivo para colocar DIU naquela molecada toda que tá fazendo muita merda.A gente assim , na comunidade é mais fácil, no asfalto eu não tenho acesso às essas informações.Como é que eu faço? Eu to sempre me cercando dos porteiros para poder colher essas informações, entendeu? E trazer para a equipe. Porque nem sempre...tem gente que não gosta nem que a gente vá lá entregar.Ah, me liga que eu vou no posto buscar. Na rua é difícil você saber a vulnerabilidade das pessoas. É mais difícil, não são todos mas a grande maioria é difícil.*

**A redivisão foi feita...tem quanto tempo que você tá com essa área nova?**

*Sei lá...acho que um mês e pouquinho. Um mês e pouquinho. Porque a gente tinha feito uma redivisão no consultório, o X (funcionário da gestão) ligou pedindo, nós mandamos e acabou que eles lá mesmo redividiram, porque eles acharam que a gente acabou fazendo zigue-zague...Aí até a gente se...Não, agora isso aqui não é mais seu, isso aqui volta para você... Eles mesmos lá fizeram uma outra redivisão, diferente do que a gente tinha feito com a médica da equipe no consultório.*

**E quando você estava trabalhando quando você tinha sua área no morro então, como é que você priorizava as visitas?**

*Vamos lá: Gestantes, né? Assim, essas famílias de vulnerabilidade, aí como eu te falei tem esse caso de violência doméstica. Tinha uma outra que tem um filho de quinze anos que não sai de casa, que não estuda, também é uma família bastante problemática, entendeu? A X (médica ou enfermeira da equipe) até andou indo lá com o pessoal, para ver se conversava, se conseguia trazê-lo para cá, porque quando a gente tinha aquela equipe multi, elas iam, psicóloga agora a gente não tem mais, entendeu? Aí eu priorizava essas coisas assim, tinha uma senhora amputada que a gente tava sempre lá, tinha uma outra não é acamada, restrita, que também tem uma vulnerabilidade na família, né? Aí a gente procurava priorizar esses casos e alguns casos no asfalto que a gente sabe também.*

**E quais outros grupos ou famílias você acha que poderiam ser priorizados também?**

*Ah, eu acho assim, essas mulheres que não param de ter filhos. Isso acontece mais no morro porque a gente sabe que não tem condições,muito difícil sabe? A gente, essa menina assim ,cheia de problemas, a gente acaba de certa forma, até porque vocês tem que passar que é para a gente poder monitorar, essas coisas toda entendeu? Fazer um grupo de adolescente, eles tão usando muita droga no morro, muita porcaria, sexo assim a perder de vista, sem...sabe? eu acho, sei La, essas coisas assim me deixam bem sensibilizada mesmo.*

**Você acha que existem famílias ou indivíduos que precisam de mais atenção do Agente Comunitário do que outras famílias?**

*Sim,sim, eu tenho o caso de uma senhorinha que mora na (rua) Senador Vergueiro, que agora ela não é nem minha é do X (outro ACS da equipe), mas aí quer dizer tá nesse negocio dessa transição também...Assim, ela mora sozinha, ela não enxerga direito, ela não ouve direito e assim, a medicação:Conversei com enfermeira da equipe ela falou: "Você tem que fazer a família vir buscar" Aí tem uma sobrinha. Se a sobrinha vai la fazer uma comida ela tem que pagar cem reais.Se a sobrinha vai levar no médico...Aí paga a faculdade da sobrinha, pagou a faculdade do outro sobrinho. Os porteiros falam. Aí agora, sexta feira a gente vai fazer coleta de sangue, eu vou ter que ir la, conversar com ela, explicar para ela e provavelmente talvez nem role essa coleta, aí eu sempre procuro dar uma orientada. Eu tenho uma outra também que são duas, uma é acamada, mas assim é difícil para ela entendeu? Porque a irmã também ainda que cuidava andava meio baleada. Aí tem uns casos assim específicos que a gente até tem que tá olhando mesmo.*

**E como que você reconhece esses casos? Esses que precisam mais?**

*É assim , é até o que a X ( médica da equipe) falou com a gente Ah, se você chega na casa primeira coisa, você chega, você observa o ambiente... a casa suja... Ah, um dia ou outro que você vai, tudo bem, mas é toda vez que você vai.. E às vezes assim, até mesmo tendo uma acompanhante ou quem cuide, assim: Tem outra senhorinha da (rua) Senador Vergueiro... outro dia nos fomos lá.Voce chega lá a velhinha fica sentada o dia inteiro naquela cadeira. Ela tem duas acompanhantes: uma para segunda a sexta e uma para o final de semana.Aí fomos,levantamos ela, para medir, para pesar..Aí a velhinha fez xixi, tava sem fralda...Isso para mim é um caso já meio preocupante.Aí tava com um monte de coisinha na cabeça e o filho dizia que ela não quer lavar a cabeça.Mas uma senhora que não levanta, que não anda, tá dando ferida na cabeça porque não lava, a velhinha*

*sem fralda...Aí o que eu falei...Você acha que eles vão fazer algum tipo de higiene naquela velhinha para dormir? Nós fomos já no final da tarde ficamos até 20h fazendo VD (visita domiciliar). Não vão fazer. Então já é um, sabe? Porque às vezes tem que acionar algum órgão, alguma coisa para a família poder tá dando assistência, porque financeiramente eles querem, querem né, o que essas senhoras tem. Mas dar assistência, cuidar desses velhinhos eles não tão querendo E às vezes nem tanto, mas é assim que a família realmente não tem condições, entendeu, de financeiramente de cuidar. Aí você vê que tem uma fragilidade ali também mas não é por só querer comer o dinheiro.É porque não tem condições financeiras mesmo de cuidar do idoso.*

**O que você entende por famílias ou indivíduos vulneráveis?**

*Hmm, são pessoas que eu acho que estão passando ou vivem alguma situação de risco, sabe, alguma situação preocupante, que você vê que aquilo não...É assim, como a X(médica da equipe)sempre falou, às vezes nem sempre o que eu acho que é certo para mim, é certo para você, mas tem caso... Uma criança que você tá vendo que tá sempre maltratada, sempre acontecendo alguma coisa, um idoso também entendeu? Isso para mim é uma vulnerabilidade porque uma ocorrência ou outra tudo bem, mas aquilo constantemente sempre, tem alguma coisa errada ali né? Você tem que tá atento para aquilo.*

**Para essas situações de risco?**

*Isso.*

**Alguma outra situação que você consideraria de risco?**

*Alcoólatras, drogados,né, violência domestica.Que assim, a gente, eu associava a violência domestica só ao espancamento, mas a X (medica da equipe) falou que não é...Assim, os filhos que estão em torno daquilo eles sofrem violência, não é só caso de bater,pode ser uma violência verbal, pode ser uma violência psicológica, um bullying na escola, isso tudo é violência, né? Isso tudo é uma violência.*

**Qual a importância do agente comunitário na identificação dessas famílias, desses indivíduos?**

*É porque a gente observa esse problema, a gente detecta esse problema, traz para a equipe para conversar e a gente tentar resolver da melhor maneira possível, da forma que a gente puder, né? Porque muitas vezes a gente quer e não pode resolver né?*

**E quando você identifica essas famílias, esses indivíduos quais são as ações que são propostas?**

*Então, normalmente a gente traz para a equipe, né? A gente vai discutir e aí vai se estudar varias possibilidades do que a gente pode fazer para tentar ajudar, porque tem que ser feito pela família toda, não adianta eu querer ajudar uma pessoa só da família,todo mundo tem que passar por um processo, né?*

**Existe esse espaço, tempo disponível para discussão?**

*Olha, a gente tava....Tem, normalmente assim, igual as VDs (visitas domiciliares), a gente normalmente programa...Ah, tem uma pessoa que tem uma prioridade de uma VD, a gente programa sempre isso nas reuniões de equipe, entendeu? Esses casos a gente traz e discute na reunião de equipe.*

**Você coloca sua opinião, ela é considerada?**

*Sim, sim...eu sou bastante (dá três socos na mesa e ri)*

**Tem alguma outra coisa que você queira acrescentar que não foi perguntado sobre esse tema?**

*Sei lá, é que assim, quando eu entrei aqui, a gente tava até conversando, a gente tinha mais qualidade de trabalho, entendeu? Ai eles foram abrangindo esses territórios, abrangindo. Assim, a comunidade, tudo bem, a gente tem o Dr X ( medico voluntario) na comunidade. Mas o Dr X não tem aceso a tudo que nós aqui temos, entendeu? E assim, a comunidade tá muito abandonada, sabe? Aí ah, vamos fazer um (grupo de) tabagismo....E assim, As coisas que a gente sempre programa,cara, sempre acontece alguma coisa e aquilo fica empacado ali. Não sai do papel entendeu? Não é que o pessoal do asfalto não precise, mas eu não sei né? Na minha concepção a comunidade eu acho tem mais prioridade, é um lugar que a gente tem muito mais acesso do que no asfalto,entendeu? É mais fácil de você trabalhar. Até porque as pessoas do asfalto tem mais informações, sabem mais de seus direitos. Coisas que muita gente na comunidade não sabe. Sabe, eu acho que a gente tem que trabalhar como eu te falei as adolescentes, tem que trabalhar, tem que ir lá...De repente vai aparecer três, quatro, cinco, meia dúzia, mas de uma outra vez melhora.A gente andou fazendo uns grupos de hipertensão aqui.Davam trinta,quarenta, cinquenta pessoas, mas vinham assim, quatro, cinco, seis do morro,sabe? Infelizmente não dá para juntar, não dá. Tem que se fazer um trabalho para o asfalto, tem que se fazer um trabalho para a comunidade.Porque senão alguém vai ficar descoberto nisso aí.Entendeu?*

## Entrevista 5

**Sexo:** Masculino

**Idade:** 54

**Tempo que trabalha como ACS:** Três anos.

**Há quanto tempo mora no território de abrangência do CMS:** 54 anos

### Que atividade exerceu antes de ser ACS?

*Várias outras, mas profissionalmente sou técnico em eletrônica. Já teve serviços de Jornal o Globo, na parte de administrativo, em um banco de investimentos, também departamento pessoal, em uma empresa de engenharia, que foi onde eu fiquei mais tempo como RH, recursos humanos.*

### Atualmente esta estudando?

*Não.*

### Me conta um pouco como é a sua rotina de trabalho.

*Eu tenho que tá no trabalho oito horas. No nosso caso, nós não batemos ponto, não sei se outros falaram. Isso foi baseado em... Eu vou chegar nisso aí... A OS (Organização Social) nos contratou para trabalhar no território. Tanto é que tinha que ser morador, comprovar residência e tal... A partir de um certo tempo, eles fizeram, mudaram esse trato e fizeram a tal da expansão e nós não ficamos trabalhando só no território, foi no território e fora do território. Quer dizer, território entende-se que... para a Estratégia (de Saúde da Família) o território é a área do Flamengo, mas o que eles falaram para a gente é que nós íamos trabalhar na comunidade. Aí quando eu falo território é saindo da comunidade. Aí depois teve essa mudança. Nós, já que eles mudaram a regra do jogo nós vimos o direito também de... Ou vale-transporte... Alguma coisa. Houve mudança. Porque eles me deram um documento para assinar dizendo que eu trabalharia lá, por isso eu não teria o vale transporte, eu não queria, tive que assinar assim. Aí eles mudaram, mudamos também. Aí, também para não... Provavelmente, não sei se é para não pagar não eles acharam no direito então de tá, então não bate o ponto, justamente por causa de distancia e mobilidade. Agora que vai sair no final do ano alguma coisa nesse sentido: mobilidade. Aí como que é minha rotina: oito horas inicio meu trabalho, aí já direto na comunidade quem é na comunidade e asfalto quem é asfalto. Aí dependendo da escala você faz VD (visita domiciliar) até de tarde e vem lançar. Ou se tiver escalado já vem para o acolhimento, já almoçado, tal... Aí fica nessa variação. Fora as reuniões, fora coisas extra né, que aparece durante a semana. E pronto. Deu cinco horas, seis horas vai embora.*

### E como que é feita a programação das visitas do Agente Comunitário?

*Eu me programo de acordo com é, os meus usuários naturalmente, assim: Hipertensos, eu não tiro para fazer em um dia, mas eu tiro naquela, agora que eu to só no asfalto, naquela rua, eu vejo pelo endereço e vou. Até hipertenso e não hipertenso...e assim eu vou fazendo...Primeiro hipertensos porque eles são maiores número né? Depois dos diabéticos e tal. E tiro para as gestantes um dia, que eu faço só as gestantes em um dia, e as crianças também normalmente dois dias. Eu me programo assim para atendê-los: tiro por rua, e começo pelos hipertensos que são maiores e depois eu saio escalonando. E depois os que são não tão em nenhuma dessas classificações. Aí eu procuro ir, conhecer mais, tem sempre aquele que você não visitou do mês lógico. Aí você já vê que tem um tempo aí vou nele. Eu me programo me baseando mais na situação do usuário. Acamado né? Mas os acamados, até tem a visita, mas é mais marcando VD. Eu fico mais preocupado nas VDs. Depois que eles tem as VDs tem sempre alguém que cuida. Se não tiver que levar o material, o acamado eu não me preocupo muito. Me preocupo só com VD.*

### Mais alguém participa dessa programação das suas visitas?

*Não a enfermeira ela orienta, ela dá sugestões que podem ser usadas, que é justamente essa, a sugestão dela é: escala-se aquele grupo e faz por semana aquele grupo. Eu não faço bem assim não, é parecido com isso.*

### Existe algum grupo de famílias ou indivíduos que são priorizados nas visitas? Você já falou um pouco né?

*Priorizado tem, priorizado são as gestantes e as crianças. Priorizado mesmo.*

### São esses os grupos que você prioriza?

*Prioridade um é isso aí.*

**E qual outro grupo na sua opinião poderia ser priorizado nas visitas?** *Hipertensos e diabéticos. Aí vem o TB (tuberculose), porque vai ter uma variação né? Sempre que tem um TB na minha microárea, querendo ou não ele tendo DOTS (tratamento diretamente observado), ele é priorizado*

. O DOTS reforça essa prioridade.

**Você percebe, você acha que existem famílias ou pessoas que precisam mais da atenção do agente comunitário do que outras famílias?**

*Sim, tem. Às vezes não é nem o caso, é saúde, mas não assim, tão diretamente. Problema familiar, a gente percebe. Tem vários exemplos. Problema normalmente familiar, aí cai nessa situação... Tem que ter mais uma atenção, mais uma olhada para aquela família. Não é remédio. É sinalizar para a equipe, né, porque aí outro profissional, como psicólogo assim vai ter outra visão.*

**Problema familiar como assim?**

*De falecimento, ou de bebida, ou de briga, desentendimento né? Nessa ordem... A gente percebe que né, fica. Ou a mãe, ou às vezes é ao contrário, às vezes o pai, o homem ou a mulher, comportamentos diferentes. Isso a gente saca muito, percebe-se muito em comunidade, porque nos já conhecemos pelo menos um pouco, aí da para né, ter essa visão. Aí a gente sinaliza para uma VD, aí sim, aí a partir dali o profissional, ou médico ou enfermeiro já sinaliza se for com psicólogo, já foi. Mas a visão delas já vai ser de marcar a interconsulta ou não. O que elas acharem necessário. Mas tem sim, família que tem que priorizar. Sem ser remédio assim direto.*

**E como que você reconhece essas famílias que mais precisam?**

*Comportamento. Ou dos pais ou de filhos. Comportamento. E às vezes também, na minha comunidade é pouco, mas existe tem família que você vê, é pouca higiene né? Por conta deles ou não, tem... Menos higiene. Aí ali caberia né, atenção diferente. Um exemplo da minha microárea, por exemplo, eu não lembro o nome dele... Analfabeto, né, sem documentação, sem trabalho, tal vive de... Tem a casa lá dos pais, dos avós, ficaram ..vive com uma irmã num quarto toma conta de carro ganha aquele dinheiro e é por ali, aí ganhou uma televisão e vai levando, aí foi visto isso, foi sinalizado, a equipe foi estar com ele, avisei antes que seria assim assim, fomos ajudá-lo com o quê? Aí entrou toda uma estratégia da saúde da família mesmo. Foi médico, foi isso, foi isso... Para tirar documentos, ver a saúde dele, orientações para isso, para aquilo... Tentar até, né, algum benefício via governo de qualquer ordem né? Mas ele mesmo, também por vergonha de sabe, não sabe estudar, não sabe ler, não sabe escrever. Aí como é que ele vai para um outro emprego? Ou algum emprego? Como é que ele vai iniciar? Ele teve medo, receio. Ele se recusou... Ele aceitou todo argumento até acontecer. Os profissionais, fomos lá na casa dele, fui recebido legal e tal, mas ele se recusou a ter essa ajuda de documentação, de tentar algum benefício, coisas assim. É uma visão do que tu me perguntou...de...como é que você vê uma família? Tem... Esse é um caso específico comigo, mas tem vários de outra ordem.*

**E o que você considera, o que você entende por famílias ou indivíduos vulneráveis?**

*É sujeitos a... A vulnerabilidade aí seria assim... Sujeitos a... Não é só doença, a algum tipo de... Que a sociedade não chega a ele bem. A vulnerabilidade seria... Eu não to achando a palavra... Eles não conseguem, né se adequar à sociedade assim integralmente. Financeiramente, socialmente... Família vulnerável.*

**Qual que é a importância do agente comunitário na identificação destas pessoas, dessas famílias?**

*Ué, é importante porque ele é o primeiro contato. É importante porque se ele não conseguir ver... Não que o outro profissional não vá ver, mas vai ter menos dificuldade, porque tem menos contato. A importância é porque ele é o primeiro, ele tá mais próximo. As VDs, o comunitário, a estratégia em si, né, que era... Era não, é para criar vínculo essas coisas, é isso. É tão importante porque ele é o primeiro contato. Então se ele não tiver essa visão, o segundo menos ainda...A importância dele é por ele ser o primeiro contato. Se ele não sinalizar não inicia, ou se iniciar é menos facilidade né? Pode iniciar dez casos que foram vistos pelo agente, em um ano. Aí nesse mesmo ano se ele não sinalizar eu acho que o outro profissional não consegue ver, não consegue pelo simples fato de não estar ali com mais frequência.*

**E a equipe tem algum espaço, algum tempo reservado para discutir esses casos que você considera mais importantes?**

*Tem na reunião de equipe. Tem porque, porque é só um pedir, não é nem o tempo, a palavra e usar o tempo. É na reunião de equipe, tem...Se não sinalizar é porque não sinalizou, mas tempo tem.*

**E você coloca sua opinião? Ela é considerada?**

*É. Outros agentes também já vi colocarem. Todos os agentes na minha equipe, também só trabalhei nessa equipe, que colocaram foram ouvidos sim. Agora, tem também isso, tem casos que foram ouvidos, iniciou-se deu o primeiro passo, segundo passo, mas por conta do usuário ou por conta da equipe, parou também. Não chegou ao ponto final..ponto, encerrou...Encerrar o diagnostico? Também já teve isso. Mas tem espaço para falar e sinalizar sim.*

**E quando você identifica essa família ou esse indivíduo mais vulnerável quais são as ações propostas? Você já falou de algumas aí, né? Já deu alguns exemplos...**

*Aí na minha visão né? Ai depende porque ele ta sendo vulnerável... Se for no estudo, olha para isso... se for só financeiro, um benefício ou trabalho que é o mais correto.*

**Você deu o exemplo desse senhor que estava sem documentação, né? Você lembra de algum outro caso assim?**

*De vulnerabilidade?*

**Isso.**

*Olha, tinha... Não... Tem... O Sr. X. Chamam ele de X eletricista. Ele é vulnerável porque ele tem até essa profissão, mas não sei se é pouco trabalho ou ele não é bom, ou se era bebida, aí ele é vulnerável sim, por quê? Porque você vê, você vai e volta no território e você o vê muito ocioso direto. Ai você vê ele sem a dentição...né, ele fumava, parou mas você vê ele limpo mas nem tão arrumado, então você vê que ele é vulnerável, de alguma forma. É nervoso por conta disso, é hipertenso. Eu acho que é por conta disso né, isso aí é claro que eu acho, quando você não ta bem, você não fica tranqüilo sorrindo.*

**Tem mais alguma coisa que você queira acrescentar sobre esse tema, alguma coisa que não foi perguntada?**

*Não, se eu fosse falar da estratégia, da estratégia em si?*

**O que você quiser...**

*Não, sobre o agente... Não, melhor não falar mais nada não (Risos)*

## **Entrevista 06**

**Sexo:** Masculino

**Idade:** 29

**Tempo que trabalha como ACS:** 2 anos e 6,7 meses eu acho.

**Há quanto tempo mora no território de abrangência do CMS:** Já moro há nove anos. Vim do Ceará direto para cá, sempre nesse mesmo lugar.

**Que atividade exerceu antes de ser ACS?**

*Eu era mensageiro de hotel.*

**Já teve alguma outra atividade?**

*Já fui arrumador, já fui porteiro, agora eu sou agente de saúde (Risos) Futuramente um médico se Deus quiser, é difícil.*

**Você está estudando atualmente?**

*Estudando? Não.*

**Não está fazendo nenhum curso?**

*Não, to parado.*

**Me conta como é sua rotina de trabalho...**

*Hmm..minha rotina? Acordar cedo todo dia, é meio complicado, mas dá um jeito...Nem sempre...A gente foi liberado de assinar o ponto, não é preciso vir assinar todo dia. Normalmente eu faço visitas domiciliares um dia sim outro não. Um dia eu faço as visitas e outro dia eu venho para cá para a unidade para lançar minhas visitas que eu fiz no dia anterior. Minha rotina é essa, todo dia de segunda à sexta. (Risos)*

**E como que é feita a programação das suas visitas?**

*Normalmente eu não programo não. Que lá, é meio complicado onde eu moro, algumas pessoas... Todo mundo trabalha, fica difícil fazer visita domiciliar... Então eu vou andando... Minha área também é na comunidade... Eu ando, quase todos os dias eu ando na minha área inteira, batendo nas portas, mas dificilmente eu encontro as pessoas em casa, as que eu encontro eu faço as visitas, as que eu não encontro não tem como.*

**A sua área é só comunidade?**

*Só comunidade .Pereirão.*

**Então você não faz uma programação?**

*Não. Lá não tem como programar não. Comunidade é meio complicado fazer programação.*

**Existe algum grupo de famílias ou indivíduos que você prioriza nas suas visitas?**

*As idosas e as crianças. Os idosos e crianças. Gestante também tem prioridade. Tem gestante...mas as que eu mais vou é nas idosas...Idosas eu costumo ir quase toda semana...O certo seria uma vez a cada mês, mas eu vou toda semana. Eu me dou bem também, e elas tem muitos problemas de esquecimento, toda semana eu vou lá ,ela esqueceu o medicamento, não sabe como tomar, tem que falar de novo..E anotar...todo dia, toda semana anotar a mesma coisa...."Anota aí com letra grande para eu conseguir enxergar." Tem que fazer a mesma coisa toda semana. Tá ficando mal acostumada já também (Risos)*

**E fora esses grupos qual outro grupo você acha que poderia ser priorizado?**

*...(Silencio)*

**Assim, fora idoso...Você falou idoso né, criança...**

*É, idoso criança e gestante.*

*Assim, hipertenso eu também priorizo, diabético. Eu vou todo mês. O certo seria de três em três meses, mas eu vou todos os meses. Mas eu acho assim, não é tanta prioridade assim não. Mas hipertenso e diabético também tenho prioridade.*

**E você acha que existem algumas famílias que precisam mais da atenção do agente comunitário do que outras?**

*Com certeza. E fora algumas, precisa mais e são mais atenciosos com a gente. Tem outras que não dá atenção. A gente chega lá trata a gente como ninguém, a gente fica sem graça também, essas pessoas também eu procuro ir menos. Dão menos atenção para a gente, faz de conta que a gente não é nada. Agora aqueles que recebe a gente bem, que pede informação, esses são os melhores. Eu gosto e costumo ir.*

**E como que você consegue reconhecer essas famílias ou pessoas que precisam de mais atenção?**

*Como eu percebo?*

*É*

*...*

**Como que você consegue reconhecer que aquela família ou pessoa precisa de mais atenção?**

*A gente convivendo assim nas visitas... Dá para a gente perceber... Só no convívio mesmo que a gente consegue perceber. Convivendo... A gente conversando com as pessoas a gente percebe... Essas idosas, por exemplo... São esquecidas. Essas aí eu sei que elas precisam mais. As pessoas que eu sei que tem que tomar o medicamento e não querem tomar. Essas pessoas também eu procuro ir mais vezes incentivar as pessoas a tomar os medicamentos.*

**O que você entende quando a gente fala de famílias ou indivíduos vulneráveis? O que são famílias ou indivíduos vulneráveis para você?**

*...(Silencio)*

*Não sei explicar. (Risos)*

**Qual a importância do agente comunitário na identificação dessas famílias que precisam mais?**

*Eu acho que a nossa importância é principalmente para incentivar, porque muitos deles não tem noção dos problemas, das doenças. A gente incentivar acho que é o nosso papel.*

**Incentivar o quê?**

*A eles a tomar os medicamentos que eles não querem tomar. Algumas pessoas que tem problema de hipertensão, diabetes. As mães que não querem dar vacina nos seus filhos...Passa do tempo de dar sem motivo, o incentivo é importante..As gestantes e o incentivo do pré-natal também e assim sucessivamente.*

**A sua equipe tem algum espaço algum tempo reservado para discutir esses casos que você considera mais importantes?**

*Tem, na reunião de equipe uma vez por semana a gente discute os casos que a gente acha mais importantes.*

**E você coloca sua opinião? Ela é considerada?**

*Sim. (Risos).*

**E quando é identificado essa família ou indivíduo, quais são as ações propostas? Tem algum exemplo de algum caso que você já discutiu?**

*Teve um caso de um tuberculoso da minha área, que ele não queria tomar os medicamentos, ele tem epilepsia e ele não queria acompanhamento. Aí na reunião a gente discutiu o caso dele, e como ele era jovem também poderia vir à unidade mas não tinha outro jeito, a medica teve que ir lá. Levei a medica la tentar convencer ele mas mesmo assim nem a medica conseguiu convencer ele a vir aqui para dar continuidade ao tratamento. Ele não aceita a epilepsia que ele tem, não aceita essa doença, acha que isso é coisa de macumba, coisa espírita, não é doença. Aí ele não quer tomar o remédio.A gente já tentou incentivar, eu , a medica, a própria mulher. A gente ele ainda aceita um pouquinho , mas a família mesmo quando vai tentar falar no assunto ele começa a ser grosso com a família.Até hoje ele tá lá. Eu sempre vou lá, eu incentivo, mas ele não vem. Ele até se esconde quando me vê, agora só a mulher dele que vem falar comigo.E ele não gosta que toque no assunto.*

**E tem alguma outra coisa que você queira acrescentar?**

*Não (Risos)*

## **Entrevista 7**

**Sexo:** *Feminino*

**Idade:** *31*

**Tempo que trabalha como ACS:** *Vou fazer 3 anos.*

**Sempre nessa unidade?** *Sempre nessa unidade.*

**Há quanto tempo mora no território de abrangência do CMS:** *Desde que nasci.*

**Qual é a sua área?** *Na comunidade Tavares Bastos.*

**Que atividade exerceu antes de ser ACS?** *Trabalhava. Era balconista de farmácia.*

**Mais alguma outra atividade?** *Não.*

**Atualmente está estudando?** *Estudo. Faço técnico em enfermagem.*

**Me conta um pouquinho como é sua rotina de trabalho.**

*Minha rotina é visitar as famílias da minha micro área... da área pré-definida e ver aqueles casos de urgência, trazer pra equipe resolver os casos e acompanhar os diabéticos, hipertensos, gestantes, crianças... basicamente é isso.*

*Como que é feita essa programação das visitas?*

*Então, como eu pego ladeira e rua... [Você pega rua também?] pego... eu procuro fazer mais ou menos de acordo com a área: vou visitando primeiro os hipertensos de lá de cima até a rua, aí se eu conseguir pegar gestantes, assim... porque eu tenho poucas gestantes... só uma que eu tenho. Então dá pra visitar assim, mais ou menos perto, né? Mas geralmente eu vou dividindo por questões assim: os diabéticos, hipertensos e mais ou menos de acordo com a área, porque senão eu tenho que ficar subindo e... indo e voltando. Mas é mais ou menos assim que eu faço.*

**Mais alguém participa dessa programação, alguém da equipe, ou é você que programa?**

*A minha sou eu que programo. Quando é com a enfermeira ou com a médica aí é de acordo com o que elas querem ver primeiro. [Mas a sua é você que organiza, onde você vai...] É.*

**Existe algum grupo de família ou pessoa/indivíduo que é priorizado nas visitas? Você já falou um pouco aí...**

*De acordo com o que eu vou visitando, eu vou observando, assim... os casos que eu acho que tem... que precisa de uma atenção a mais. E aí eu trago pra equipe na reunião geralmente, a gente discute o caso e aí geralmente a enfermeira vai comigo fazer uma visita pra ver se ela também acha... se ela concorda... se... né? Se ela acha que está de acordo e comigo e aí a gente faz um plano de ação pra aquela família, né? Ou traz pra uma consulta com a psicóloga na interconsulta... Geralmente são os casos mais complicados assim. Aí vem pra interconsulta ou então elas começam a acompanhar mais de perto, eu começo a fazer visitas mais frequentes... né?*

**Você falou de alguns grupos que são organizados. Existe algum outro grupo que você acha que poderia ser priorizado também, na sua opinião?**

*Até que não, porque aqui a gente um conjunto, uma equipe que trabalha bem próxima às famílias. A gente tem o grupo de hipertensos que é voltado pra essa doença. A gente já tem há um tempinho. Conversa, explica... Cada semana tem um assunto que a médica fala. Fala sobre uma ação, fala sobre uma receita pra quem é hipertenso... E aí já trabalha um pouco isso.*

*A gente tem um grupo de exames, tem um grupo pra diabéticos e tem esses assim que é um caso mais a parte, elas vão visitar e depois traçam um plano de ação específico. Então eu acho que no momento, assim, não. É mais porque a demanda é muito grande mesmo.*

**Você acha, então, que existem famílias ou grupos que precisam de mais atenção do agente comunitário do que outros?**

*Precisa. [Por exemplo.] Ah... tem famílias que tem uma pessoa da família doente, que precisa de um cuidado, de uma atenção dobrada e ninguém da família quer cuidar. Ou deixa no cuidado de uma e aquela pessoa acaba adoecendo junto, porque ela não tem como ter o autocuidado e ela não tem como cuidar do outro, porque fica sobrecarregada.*

*Tem família que abandona e a pessoa fica sozinha e aí a pessoa vai também não tendo o autocuidado e vai ficando pior e aí quando você procura não tem ninguém...*

*Na minha equipe tem isso: uma pessoa que não tem ninguém por ela. Entendeu?*

*E aí, assim, essas pessoas a gente passa a visitar com mais frequência, porque a gente não tem como saber dela, não tem ninguém por ela... E aí a gente observa mais de perto esses casos.*

**Algum outro caso que você lembre assim?**

*Ah... os psiquiátricos, né? [Os psiquiátricos?] Porque no caso psiquiátrico a família fica muito envolvida. E às vezes acontece a mesma coisa. Aquele que cuida acaba ficando também... depressivo, porque ele não vê a melhora. Ele quer a melhora urgente e aquilo ali não acontece. Aí chega ao ponto dele usar o medicamento do paciente pra ele. Né? Se auto medicar... Então, assim, essas pessoas a gente vai com mais frequência. Conversa, explica que realmente é um caso demorado que têm melhoras e têm piores, têm dias bons e dias ruins... Pra também dar uma ajuda, né?, no tratamento da pessoa.*

**Mais algum outro caso?**

*Eu não lembro agora. (Risos)*

**Como você reconhece essas famílias, esses indivíduos que precisam mais de você?**

*Assim... na minha área eu reconheço porque eu conheço a área há muito tempo. Antes de trabalhar aqui... comunidade é tipo cidade pequena, né? Você sempre sabe um pouquinho de todo mundo mesmo que você não queira, né? E aí depois quando você começa a ir pra área mesmo, você começa a conversar, aí no primeiro contato a pessoa não te conta, no segundo conta uma parte, depois vai contando mais um pouco, até ela pegar a confiança em você e começa a se abrir. Quando a pessoa cria confiança com o agente de saúde, ela conta tudo. E aí você acaba identificando, né? Também, assim, com o tempo de trabalho, você vai começando a ficar mais sensível àquilo ali, né?*

**E o que a pessoa te conta que você leva em consideração pra considerar que ela precisa de mais atenção?**

*Ah... assim, cada caso é um caso, mas a gente vê de acordo com as atitudes dela. Às vezes a gente via que a pessoa não era daquele jeito, às vezes muito nervosa, muito estressada, se queixando muito de tudo... a fisionomia, aspecto cansado... sabe, assim?*

*Aí você começa a observar, aí você começa a ouvir histórias de que era assim há muito tempo atrás, ficou “assado”... Você começa a saber de onde surgiu bem lá do fundo, né? Pra estar assim nos dias de hoje.*

*Aí você começa: “Olha, essa pessoa tem um quadro assim... porque ela passou por isso, hoje está passando isso aqui de novo. De repente é um caso pra dar uma observada.” A gente vai conversando, né?*

### **Você tem algum exemplo?**

*Olha, eu tenho um exemplo da minha área agora. Eu tenho uma senhora, a família dela era de Portugal e quando eles vieram pra cá pra morar lá na comunidade – eles não moram bem na comunidade em si, eles moram na ladeira – a família dela adotou uma moça. E ela sempre a desconsiderou como irmã, porque ela era adotada, enfim...*

*Aí ela já teve dois AVC’s – ela tem três filhos. Só uma filha dá um auxílio, mas não cuida dela todos os dias. E aí essa irmã dela trabalhava e tal... tinha o emprego dela... eles pediram, imploraram que ela saísse do emprego pra cuidar dela. Ela se recusou. Depois eles fizeram várias propostas de novo, porque se não tivesse essa irmã não ia ter ninguém, porque ela é muito geniosa, sempre foi a vida toda... E aí essa irmã sai do emprego pra ficar com ela.*

*Ela não quer ninguém, mas ela agride essa irmã. E aí essa irmã foi mudando, foi tendo esses aspectos, foi ficando diferente, foi ficando estressada. Você vê que o aspecto dela, a fisionomia dela mudou... Aí ela começou a procurar mais a gente pra conversar, eu vou está com mais frequência... até porque eu passo pela porta dela todos os dias, obrigatoriamente, eu querendo ou não. Então eu já passo lá quase que todo dia, porque está um caso muito difícil. Ela quer largar, não quer mais cuidar, porque ela fica lembrando essas coisas do passado, de que ela já era... né? Já não gostava dela, já falava que não era irmã dela, essas coisas... e hoje em dia ainda continua, permanece... ela não quer a ajuda dela, quando ela vai ajudar, ela se prostra, quando essa filha vem ela se levanta um pouco sozinha, né? Fica mais ativa pra tipo contradizer o que a irmã está dizendo. Porque a irmã fala pra ela: “Ah.. ela não quer levantar, não quer comer comida, não quer tomar banho, ela cai porque ela quer levantar sozinha...” Aí quando a filha chega ela faz algumas coisas pra contradizer a irmã, entendeu? Aí a irmã, adocece. E os outros dois filhos não querem saber. Querem uma pessoa pra cuidar dela, se não tiver essa pessoa eles querem colocar ela num asilo. E ela só tem 59 anos... é nova.*

### **E o que você entende sobre quando a gente fala “família ou pessoa vulneráveis”? O que são “famílias ou pessoas vulneráveis” pra você?**

*Então, pra mim são aquelas que têm o risco maior, ou de contrair uma doença, ou de adquirir alguma. Pode ser uma família que tenha uma questão de saneamento básico difícil, pode ser aquela que tem uma questão como essa que é mais psicológica... pra mim é isso: é uma família que tem um lado mais delicado pra gente lidar. Pra mim família vulnerável é isso.*

### **Qual é a importância do agente comunitário na identificação dessas famílias?**

*Eu acho que é o contato mesmo. Porque a gente está lá todo dia. A gente conhece o irmão, conhece... né? Conhece mais de perto a história deles.*

**Essa aqui eu vou perguntar, mas você já explicou: se a equipe tem algum espaço, tempo reservado pra discutir os casos que você considera importantes, se você coloca sua opinião e se ela é considerada na reunião de equipe.**

*Sim. [Existe esse espaço, então...] Na minha equipe existe.*

**Aqui também a gente já falou um pouco: quando você identifica um indivíduo ou família vulnerável quais são as ações propostas. Você lembra de algum outro caso que você tenha discutido na reunião de equipe e o desdobramento que se teve?**

*Então, tem dessa senhora que não é da minha área, que é da área de uma colega de trabalho que ela é sozinha, que ela não tem ninguém... a casa dela... ela não tem casa, na verdade, ela mora... tem um terreno e quando você olha de fora, você acha que tem uma casa, quando você entra, é só uma lona. Ela mora só com dois cachorros... morava, né? Que agora ela está internada pra tratamento de tuberculose. Que ela não fazia, ela não aceitava o tratamento. Ela estava anoréxica já.*

*E aí ela teve que internar pra fazer o tratamento internada, só que ela não quer abandonar a casa dela, não quer abandonar os bichos dela e aí a gente não tem como trazer ela de volta, porque ela não tem casa, ela não tem nem banheiro. Então a gente está fazendo um plano de ação pra ver se a comunidade junto com a associação constrói pelo menos um quarto com banheiro no terreno que ela já tem pra que ela possa voltar pra casa dela. Isso foi um plano de ação...*

*Já foram visitar ela no hospital que ela está que é lá longe pra explicar pra ela que ninguém pegou a casa dela, porque ela tinha muito medo das pessoas tomarem a casa dela se ela fosse internada... Aí já foram lá pra ela ficar calma, aí ela ficou mais calma, aceitou melhor o tratamento... São esses planos... desse eu me lembro.*

**Você quer acrescentar alguma coisa sobre o tema?**

*Não. [Que eu não perguntei?] Não. [Falar mais alguma coisa?] Não.*

## **Entrevista 8**

**Sexo:** *Feminino*

**Idade:** *23*

**Tempo que trabalha como ACS:** *3 anos e 11 meses..*

**Sempre trabalhou como agente comunitária?** *Não, não... eu trabalhava em consultoria de RH, aí abriu o concurso em 2010, eu fiz a inscrição e passei na prova.*

**Há quanto tempo mora no território de abrangência do CMS:** *Desde que nasci. Há 23 anos.*

**Atualmente está estudando?** *Estou fazendo técnico em estética.*

**Me conta um pouquinho como é sua rotina de trabalho.**

*Assim, quando eu tô aqui no acolhimento eu desço 8h. Se for de manhã e já fico no acolhimento, no atendimento lá na frente que é o primeiro atendimento ao paciente. Aí normalmente é um turno: de manhã, de tarde ou a noite. E o segundo turno do dia é na área, na comunidade... a gente sobe, faz as visitas do dia, entrega exames, entrega marcações, visita os acamados que é os casos mais vulneráveis da gente e faz DOTS, se for o caso também – normalmente agora eu tô fazendo, né? Comecei tem duas semaninhas. É um paciente super, tô adorando ele... super legal, está fazendo direitinho. E é basicamente isso, quando a gente não está aqui, a gente está na área, entendeu?*

*A gente procura estar sempre focando nas famílias mais vulneráveis que são hipertensos, diabéticos, menores de 2 anos, os acamados, pessoas com outro tipo de doença e é isso, basicamente isso.*

**A sua área pega comunidade e asfalto ou só comunidade?**

*Só comunidade. É uma área bem vulnerável, assim... Questão também muito insalubre, é uma área que a gente tem bastante foco de muitas doenças aparecendo... inclusive, tuberculose, esse já é o quinto paciente nosso. Então é uma área bem vulnerável. [É o quinto da equipe ou da sua micro área?] Da minha micro área. Bem pesado. (Risos)*

**Qual é a comunidade?**

*Santo Amaro.*

**E como é que você programa suas visitas?**

*Eu normalmente tento programar oito por turno de visitas das família de risco só: hipertenso, diabético... às vezes eu não consigo fazer no dia os oito hipertensos. Aí eu boto quatro hipertensos e quatro diabéticos se eu tiver só um turno livre. Se eu tiver os dois livres, se eu não tiver que ficar aqui no acolhimento eu faço oito de manhã e oito de tarde. Aí eu faço quatro diabéticos, quatro hipertensos, quatro crianças menos de dois anos, se tiver que ver algum acamado. Eu programo assim.*

**E alguém mais da equipe participa dessa programação?**

*Sim. A gente... não toda semana... mas sempre que eu sinalizo que tem alguma família precisando de visita, a enfermeira ou o médico vai comigo que vê os acamados, vê também algum paciente que aconteceu alguma coisa... a gente teve uma última agora na última semana que teve um AVC, a enfermeira subiu comigo, foi na casa... sempre a gente está se comunicando, toda semana na reunião eu tô passando os casos pra ela e a gente se programa pra semana seguinte.*

**A programação das suas visitas, por exemplo, onde você vai é você quem faz, no seu dia a dia?**

*Sim. Eu programo meu dia a dia de acordo com o que melhor me encaixa. Porque às vezes eu tenho que descer mais cedo pra casa, às vezes eu tenho que descer mais tarde. Quando eu posso ficar de 8h às 17h eu vou no território, minha meta de manhã é oito, de tarde é oito, mas se eu conseguir fazer mais no dia, ótimo. Se não, eu tento fazer dentro desse possível. Às vezes eu desço mais cedo pra jogar naquele dia de visitas. Ou às vezes eu desço 17h mesmo e jogo na manhã do dia anterior... do dia posterior...*

**Existe algum grupo de famílias ou pessoas que são priorizadas nessas visitas?**

*Sim. A gente faz um grupo quinzenal de hipertensos e diabéticos e a gente também acompanha o bolsa família, né? Que é de acordo com a nossa área. De 6 em 6 meses a gente tem pesagem. Tem que pesar essas famílias. E o grupo de hipertensos e diabéticos é quinzenal, a gente procura estar sempre buscando eles, porque normalmente, às vezes eles só vêm aqui trocar receita. E tem um monte de coisa: pressão está alta, não está tomando o remédio direito... nesse grupo é onde a gente encontra mesmo ele, consegue pegar aquele paciente que está bem desleixado aqui da unidade. E está sempre próximo, sempre a enfermeira sobe, o médico. [O grupo é feito lá?] Sempre na comunidade, na micro área.*

**Como você prioriza as visitas que você vai fazer?**

*Olha... depende do dia. Se for o caso, assim, como eu te falei, tinha uma paciente AVC, ela foi minha prioridade máxima. Da semana, ela foi a primeira que eu visitei quando ela recebeu alta, fui logo lá. Aí depois eu vou indo nos pacientes, que os últimos, que foram mês passado, eu vou procurando ir pra estar sempre em dia. Os casos mais vulneráveis, assim, que eu vejo que é prioridade, eu tento ir logo, no início do mês, entendeu? Aí depois eu vou indo só pra cumprir a quantidade de hipertensos e diabéticos mesmo.*

**Você falou dos hipertensos, diabéticos, essa senhora que teve AVC... que outro grupo ou família ou pessoas assim você consideraria que também deveria ser priorizado assim?**

*Olha, eu tenho uma paciente com Síndrome de Down que eu priorizo ele também bastante, que ele tem Síndrome de Down e tem problema no coração, então é um paciente que eu acompanho bem. Inclusive eu levo a medicação pra ele, que a mãe dele que é senhora e toma conta dele em casa, pra descer é bem complicado. Então é um paciente que tem prioridade. O de tuberculose também eu tenho um acompanhamento bem em cima. Todos esses. Crianças... bebê nasceu... a gestante eu tenho até o nono mês. Quando eu sei que o bebê nasceu eu procuro ir até o 10º dia fazer o cadastro logo do bebê pra eu ir, marcar a consulta. Tô sempre, assim, priorizando eles ao máximo, porque eu sei que eles são bem vulneráveis. E principalmente a gestante, pra não perder a consulta de pré-natal que eu sei que esquece. E muitas vezes a gente que vai na casa lembrar, entendeu?*

**Fora esse paciente seu com Síndrome de Down, você lembra de algum outro caso?**

*Eu tenho meus acamados que são os idosos. Dois casalzinho de idosos, ela é diabética e hipertensa e ele também. Ela é insulino dependente, toma insulina e é acamada, assim, não se locomove pra nada. Também tenho um cuidado muito grande, eles já têm mais de 70 anos, então são bem... eu tenho um gosto muito grande por eles, gosto muito, são uns docinhos. Aí tu sempre leva o remédio todo mês, troca receita. A gente está sempre ali se comunicando.*

**E você percebe se existem famílias ou pessoas que precisam mais do agente comunitário que outras?**

*Sim, com certeza. Inclusive essas que eu falei. Aconteceu alguma coisa... Na verdade assim é complicado: tô com essa paciente de AVC, tô com outra também que saiu agora ontem [Estava internada?] Estava internada, saiu ontem, eu fui já na casa, então são eles que eu tento que fazer logo, entendeu? Porque eu sei que eles precisam bastante. Vejo se precisa trocar receita, vejo qual é a receita do hospital que estava internado, eu já trago, trago pro doutor pra ver se ele troca, a gente pega a medicação e marca a próxima visita. Eles eu tô sempre de olho, porque são coisas que eu acho que são mais importantes.*

**Tem mais alguém que você lembre assim?**

*Não... é basicamente esses. O da Síndrome de Down; os idosos que são acamados; essas duas pacientes minhas que tiveram AVC agora; tem uma outra, uma senhora também que é diabética e hipertensa, a gente já recebeu a informação que ela foi agora pra um abrigo, mas era uma senhorinha que ela morava sozinha, a gente estava sempre de olho nela, por conta que ela não tinha ninguém, então ela sozinha estava bem complicado, ela estava acamada e não estava, andava com muita dificuldade. Então a gente estava sempre cuidando dela.*

**Como que você reconhece os que mais precisam de você?**

*Eu reconheço principalmente, ainda mais quando mora sozinho. Quando mora sozinho, assim, eu sei que não tem ninguém. Quando a gente vai lá é uma alegria pra eles, principalmente porque às vezes eles não conseguem descer pra vir até aqui e a gente tá indo uma vez por mês assistindo. Tem uns que eu vou duas vezes, de quinze em quinze dias eu procuro estar indo. Se eu vou levar remédio, então, vou até mais que duas vezes. Então, eu vejo logo.*

Principalmente quando é diabético, às vezes a família não sabe fazer a medicação, aí eu procuro pegar a informação aqui, levo pra família, entendeu? Essas eu visualizo que são as que eu mais tenho que dar atenção. **[São as pessoas que moram mais sozinhas?]** Sim, que moram mais sozinhas e que as famílias tem pouco conhecimento também, entendeu? **[E tem muito na sua área?]** Bastante. Tem assim, às vezes o paciente cai doente e a família não sabe o que fazer, entendeu? E aí a gente tem que estar dando toda uma atenção, pra orientar sobre a medicação, como dar, entendeu? E até mesmo o paciente antes de ficar acamado. A gente tem um caso de paciente hipertenso, diabético que não é acamado, anda normalmente, só que se enrola todo com a medicação, toma totalmente o contrário. Não toma de manhã, não toma à tarde, toma tudo errado, se tomar de um quer tomar do outro. E eu tô sempre em cima pra orientar, faço caixinha de medicamentos, colo sol, lua, que alguns não sabem ler, nem escrever, a gente tem que identificar por imagem. Já foi o caso de eu fazer caixinha, desenhar... estar sempre ajudando eles de alguma maneira.

**Fora desses grupos que é meio que obrigatório ir, têm algumas outras condições que não são pedidas que faça visita, mas que você perceba que precisa de visita?**

Olha, às vezes, assim... eu vejo que a família está precisando de alguma visita, por exemplo, a mãe está meio desorientada, está reclamando muito da vida, está deprimida... eu visualizo tudo isso numa casa. Eu não vou só nos hipertensos e diabéticos. Eu faço a visita às vezes aleatoriamente. Se eu cumprir minha meta de diabético, hipertenso, gestante, criança e acamado, eu vou aleatoriamente, eu vou em quem precisa, às vezes quem não precisa também. **Só que às vezes é nessa visita pra quem não precisa que você visualiza um caso ali, entendeu?** Uma pessoa que está precisando mais de alguma atenção, de uma consulta, que só vem no posto quando passa mal e está precisando muitas vezes, entendeu? **[Está precisando como assim? Por quê?]** Ah... como eu falei, às vezes, assim, a gente vê a pessoa reclamando muito da vida, está triste, você descobre ali alguma coisa, passa pro médico, vêm pra uma consulta e descobre que a pessoa está com uma depressão, uma coisa mais séria, entendeu? É muito complicado, assim... Na visita, a gente consegue ver muita coisa, que às vezes vocês aqui embaixo nem identifica, entendeu? É muito legal de certa forma. Sim, você vai na casa... você vê de fora, você acha que a família está bem, entendeu? Aí quando você vai entender o caso, a história da família, você descobre muita coisa, entendeu? É um pai que está traindo a esposa, que bate nos filhos. E é essas coisas que às vezes a gente indo ali, na casa, uma vez no mês, mas é uma vez no mês que você acaba sabendo. Tem coisas que às vezes aquela mãe não vai contar nem pro parente e aí conta pra você. Te para e te fala: “Ó, está acontecendo isso...”, aí você vem pra cá, você passa e tenta ajudar da melhor forma possível. Você consegue identificar muita coisa.

**Tem muita situação de violência?**

Não, eu na minha área ainda não peguei uma situação de violência. Mas as meninas já tiveram. Só que é mais assim: mãe que deixa o filho fora da escola sem motivo, entendeu? A gente pega isso, traz pra cá, entendeu? A gente teve uma agora que o marido separou da esposa que ele foi pra área de uma colega minha, mas que era uma família que era da minha micro área. Quando eu ia na casa, era uma família aparentemente bem, só que eu identifiquei alguma coisa que não estava legal ali. Aí eu fazia as visitas, falava que essa família não estava legal, mas, enfim, não sabia o que era até então. Aí ela foi pra microárea da minha colega. Aí a gente soube que o marido largou ela e agora ela está em surto dentro de casa, está quebrando tudo... enfim... Então, talvez era uma coisa de lá de trás que não estava legal de dentro de casa, entendeu? Só que a gente não conseguiu captar o paciente. Porque tem muitas vezes que a gente marca o paciente e o paciente não vêm, né? Se abre com a gente, mas também não quer vir aqui. Bem complicado. **[Ela ficou na sua área?]** Não, todo mundo foi pra área da minha colega. O marido separou dela e foi embora completamente da comunidade. E ela a gente está tentando ainda nem conseguiu consultar ela. A gente já marcou duas ou três vezes e ela não veio.

**E o que você entende por “família ou pessoas vulneráveis”?**

É como eu falei. É mais assim... esse paciente idoso, que ele não anda, que tem dificuldade de andar; essa pessoa que não entende de como cuidar do seu parente, entendeu? Pra mim são famílias vulneráveis... Essa pessoa que está em condições insalubres dentro de casa, que está exposto a um monte de doença que não bebe água filtrada... pra mim essas são as famílias vulneráveis...

**O ACS identifica essas famílias. Como é esse processo de identificação? Qual é a importância do papel do agente comunitário?**

Olha eu acredito que seja muito grande. Posso estar enganada, mas acho que tudo começa na gente. Pra descobrir um caso lá na frente às vezes a gente que mexe, cutuca aquela ferida que, como eu falei antes, vocês nem imaginam, a gente vai lá, vê, vem aqui e sinaliza. Então eu acredito que seja um papel importante. A gente é psicólogo, a gente é amigo, porque sábado e domingo a gente não para. O paciente te vê ele vai te parar, vai te perguntar, vai parar pra conversar com você, entendeu? E assim, eu tento dar toda a atenção do mundo... se eu vejo na rua eu falo... eu gosto muito dos meus pacientes. Graças a Deus, são ótimos.

**A equipe tem algum tempo, algum espaço pra discussão desses casos?**

*Sim, justamente hoje, de 14 às 17, a gente se encontra toda sexta-feira pra falar dos casos. Aí cada um vai passando os casos, a gente conversa, fala como é que está cada família e a gente vai já se programando pra semana seguinte, da melhor maneira possível pra gente estar indo nessa família ou procurando alguma outra estratégia pra estar vendo essa família.*

**Justamente, quando você identifica essas famílias, você discute, né? Quais são as ações propostas?**

*Visita domiciliar ou da enfermeira ou do médico; se for um caso, sei lá, de machucado ou alguma outra coisa a gente marca com o técnico; algum paciente que não está com os exames em dia e não quer vir fazer os exames, a gente marca também com o técnico até pra colher na comunidade. A gente está sempre traçando alguma estratégia pra estar captando aqueles paciente e estar sempre assistidos por todos, não só por mim.*

**Você lembra de um caso mais complicado assim, que precisou de uma estratégia maior?**

*Olha, o que me vem em mente agora assim, acho que toda a equipe sabe é de um paciente que a gente perdeu há um ano atrás de tuberculose, era um garoto de 27 anos. Ele foi um paciente que deu bastante trabalho pra gente. Ele não quis o acompanhamento da tuberculose, não aceitava a medicação, ele era usuário de crack. A gente foi diversas vezes. Eu, diariamente, levava a medicação e ele não abria a porta. Quando abria ele não tomava a medicação. Foi muito complicado, a gente teve intervenção da enfermeira, do médico, do ministério público, de tudo que você possa imaginar. E a gente não conseguiu captar ele. Quando a gente conseguiu no dia pra remover ele que ele já estava “nas últimas”, o SAMU inclusive foi na comunidade pra retirar ele, ele se recusou totalmente a ir e não quis ir. Ele não estava se alimentando mais, só se drogando. Quando ele passou a medicação, ele morreu, ele não aguentou, porque ele estava muito fraco, desidratado dentro de casa. Se recusava ao atendimento e aí faleceu. Foi um ano de luta com ele e nesse um ano ele tentou a gente umas quatro vezes, a gente fazia a medicação, tomava uma semana, parava... tomava duas semanas, parava... Esse foi o que mais marcou, eu tenho até hoje. **[E você falou que houve intervenção do médico da enfermeira...]** Teve, de todo mundo. **[E como foram essas intervenções?]** Primeira a enfermeira foi, realmente, ver como é que estava o caso. Eu cheguei aqui, passei pra ela como que era a situação da casa, como era o paciente, que era usuário, que não estava se alimentando, estava vendendo tudo de dentro de casa, inclusive ele morava com a mãe na época - a mãe era uma senhora hipertensa, diabética, tem dificuldade de andar – moravam só eles dois na casa. A casa era bastante insalubre, porque ele já tinha vendido tudo de dentro de casa, eles não tinham nem como comer direito. E era horrível, era muita briga, muita confusão. Aí eu passei pra enfermeira, primeiramente, ela foi na casa realmente ver as condições. Vendo isso, ela tentou intervir de alguma maneira conversando com ele, orientando, falando que ele precisava da medicação, pois os exames já tinham dado que ele realmente estava com tuberculose. Tentou, como eu posso dizer, abrir os olhos deles de alguma maneira de que ele precisava daquela medicação. Só que a gente não conseguiu. Ele concordou ali na frente que iria fazer a medicação e no dia seguinte quando eu comecei foi do mesmo jeito. Fechava a porta pra mim não estava em casa, fugiu de mim na comunidade. Já foi até o caso dele me ver e dar carreira, ir embora, correndo... ele tinha pavor de mim, quando ele me via, ele corria. E aí a gente passou pro médico. O médico foi na casa, viu o estado também. Porque a mãe dele estava sendo vulnerável ao estado dele também por ele não estar querendo se tratar. Aí a gente teve que intervir, passar o caso pro Ministério Público, pra Assistente Social, pra estar indo lá e estar vendo toda a situação, que era uma paciente nossa hipertensa, diabética que estava vulnerável à tuberculose pelo filho não querer se tratar. Teve todas essas intervenções, viram como estava o estado da casa, viram como estava ele, ele se recusou novamente na frente de todo mundo, de que não queria o tratamento e a gente continuou tentando. Até que, no fim, ele morreu, infelizmente.*

**Algum outro caso?**

*O mais marcante eu acredito que tenha sido esse. Que infelizmente a gente não conseguiu tratar, né? É tão bom quando a gente trata um paciente, seis meses depois a gente vê ele curado, bem, né?*

**Tem mais alguma coisa que você queira acrescentar?**

*Não. **[Que eu não tenha perguntado?]** Só isso mesmo. O trabalho é muito complexo, mas é muito bom. (Risos.)*

## Entrevista 9

**Sexo:** *Feminino*

**Idade:** 28

**Tempo que trabalha como ACS:** *4 anos.*

**Sempre aqui?** *Sempre aqui.*

**Antes de ser agente comunitária, trabalhava com alguma coisa?** *Vendedora. [Vendedora de...] Ah... já fui vendedora de roupa... aí meu último foi de eletrônicos. Era uma loja que fazia fotografia e vendia vários eletrônicos. Câmera, filmadora, cartão de memória... Tudo ligado à fotografia.*

**Há quanto tempo mora no território de abrangência do CMS:** *25 anos.*

**Atualmente está estudando?** *Não.*

**Você tem alguma formação?** *Não. [Algum curso técnico...?] Eu sou depiladora fora daqui.*

**Me conta um pouquinho como é sua rotina de trabalho.**

*Meu horário é de 8 às 17 quando não tem acolhimento à noite. Basicamente é acolhimento, tem duas ou três vezes por semana de turno de acolhimento e o restante na área, no território, na comunidade... trabalho na comunidade Santo Amaro, no Catete, minha micro área é a X, na escadaria da comunidade. É tranquilo pra mim, porque eu já morei na área, então eu já conheço todo mundo da área. É bem tranquilo.*

**Como você programa as visitas que você faz?**

*Prioritariamente todo mês eu visito os hipertensos, diabéticos, crianças menores de um ano e gestantes. Tem que visitar uma vez a cada três meses, mas como a minha área não é muito grande e na comunidade é diferente da rua – as casas são muito grudadas, uma escadaria é “casa aqui, casa aqui” – então é fácil, eu visito todo mês. Fora isso alguma demanda que as pessoas pedem pra marcação de consulta e as pessoas que eu vou encontrando em casa porque as pessoas que estão fora dessa faixa, jovens a maioria trabalha durante o dia fica um pouco difícil de visitar.*

**Mais alguém participa dessa sua programação assim, de decidir aonde você vai?**

*Não, só quando... eu não tenho acamado, a minha micro área não tem acamado, então não tem visita com enfermeiro, nem com médico. Só quando nasce algum bebê na minha micro área ou o técnico quando tem que fazer algum curativo ou tirar sangue de algum idoso. Mas fora isso só eu mesmo.*

**E existe algum grupo de famílias ou pessoas que é priorizado?**

*De três em três meses eu faço grupo de hipertensão e diabetes e bolsa família uma vez a cada seis meses.*

**E existe alguma família ou pessoa que você prioriza durante as visitas?**

*É, na minha VD, no caso, minha área não é muito precária não. Então não tem uma prioridade assim não. Eu priorizo mais os diabéticos, que eu tenho uns casinhos, assim, que são bem... pessoas bem debilitadas.*

**[É? É o que?]** *Tem um caso que é o X, que é muito conhecido na comunidade, Bar do X. Ele é um diabético que ele não se trata, ele não toma os remédios... não tem apoio da família pra ajudar ele com esses remédios. E ele está constantemente tonto, já foi internado... Mas isso vai mudar quando ele tomar os remédios, então toda semana eu tenho que ir lá no X. E agora está atrofiando a mão dele... Uma série de problemas que a gente está resolvendo nesse caso, só que a gente precisa do apoio da família e não tem. Então a gente está indo lá, às vezes muito mais que uma vez por semana, duas, três vezes por semana a gente está indo lá pra ver como o X está. Porque constantemente ele fica tonto, cai, essas coisas assim...*

**E fora esses grupos que você falou de diabéticos, hipertensos... que meio que já é dado que, né? Você identificaria alguma outra condição, algum outro tipo de condição que seria necessário ser priorizado também?**

*Idosos. Com ou sem diabetes os idosos sempre têm prioridade. Além dessas pessoas, a gente tem sempre que dar uma passadinha nos idosos.*

**E você percebe se existem famílias ou pessoas que precisam de mais atenção do agente comunitário do que outras?**

*Existem. [Por exemplo?] Ah... as famílias que são mais desestruturadas, assim... as famílias que não têm uma estrutura, eles não querem saber de atendimento. Se você não... tipo assim... às vezes tem pai, tem mãe, tem tudo, mas igual a essa família... eu tenho uma família que é assim, da Dona A... eles não são diabéticos, ela até é hipertensa, mas ela se cuida direitinho, ela é super estabilizada, mas eles têm problemas de alcoolismo na família, tem o filho alcoólatra, que vive dando problema. Então eles estão sempre com problemas, então esquecem de vir por esse problema do filho.*

*Então tem casos de possíveis famílias que são... não têm apoio dos familiares, é bom sempre dar uma passadinha.*

**Você falou de famílias desestruturadas, né? Você falou do alcoolismo assim, né? Que outros casos assim...?**

*Alcoolismo, droga, parente preso... essas coisas assim...*

**E como você reconhece os que mais precisam de você?**

*[TELEFONE DA ENTREVISTADA TOCA. ELA DESLIGA.]*

*Ah... por que eles estão sempre com probleminha, estão sempre vindo no posto, pedindo alguma coisa: “Ah, não posso ir no posto, você traz uma receita pra mim?” E eles contam, eles contam tudo... [Por exemplo.]*

*[TELEFONE DA ENTREVISTADA TOCA NOVAMENTE. ENTREVISTADORA PERGUNTA SE DESEJA ATENDER. CORTA-SE A GRAVAÇÃO.]*

**A gente estava falando sobre como você reconhecia as pessoas que mais precisavam de você, né?**

*É. Porque elas contam os problemas delas, como eu tinha dito antes. E elas estão sempre pedindo alguma coisa, uma receita, alguma coisa.*

**O que você entende por “famílias ou pessoas vulneráveis”?**

*Ah... pessoas... é... que dependem financeiramente, têm a saúde mais debilitada, que não têm estrutura psicológica... essas pessoas...*

**Quais exemplos de pessoas? Os pacientes que você consideraria mais vulneráveis que você tem?**

*Mais vulneráveis? X, Sr Y [Que é...?] Ele tem problema no fígado e ele é esse pai dessa pessoa que é alcoólatra e ele não se trata onde tem que se tratar que é no Servidores, porque ele diz que gosta muito aqui do posto, que quer se tratar aqui, mesmo você explicando ele não entende, não tem família para poder explicar isso e levar ele. Z, que é uma mulher que ela é hipertensa, tem problema no coração. Ela não tem a família também pra ajudar ela. Ela não toma os remédios, ela não se cuida... estou sempre indo lá e não tem com quem você contar. Os filhos dizem que vão ajudar, mas não ajudam.*

*Esses três são os mais mesmo. No momento são os mais.*

**A equipe tem algum espaço, algum tempo reservado pra discutir os casos que você considera importante?**

*Sexta-feira, tem a reunião de equipe. [E vocês discutem, você coloca a sua opinião?] Isso. [Ela é ouvida?] É.*

**Quais ações são propostas?**

*Nesse caso que a gente faz, eu como agente só tenho aí passar e trazer o que está acontecendo. Eles já chamaram familiares, só que o problema do familiar é que sempre falta, né?*

*No caso da Z ela está fazendo, também, interconsulta com o psiquiatra pra ver. Foi proposta a roda comunitária pra ela, que na verdade o problema dela é mais psicológico.*

*Do X foi chamada a filha dele, mas a filha dele não veio... E dele a gente está na luta.*

*E do Sr. Y também vai ser chamada a família porque não tem o que ser feito... o que pode ser feito, que é medicação, é passado, mas não adianta se a família não ajudar. E nós não podemos estar lá 24 horas pra dar o remédio.*

*E eles são pacientes jovens. [Jovens?] É cinquenta e poucos anos, ela tem quarenta e poucos... o mais velho é o Sr. Y que deve ter sessenta e poucos anos. São jovens, pra mim são jovens...*

**Você quer acrescentar alguma coisa sobre o tema que não foi perguntado? Alguma observação?**

*Não.*

## Entrevista 10

**Sexo:** *Feminino*

**Idade:** *Eu tenho 45 anos.*

**Tempo que trabalha como ACS:** *Olha, essa semana vai fazer 4 anos.*

**Sempre aqui?** *É, nós começamos aqui.*

**Antes de trabalhar como agente comunitária, tinha alguma outra atividade?** *Sim, sim... já trabalhei em várias coisas: padeira, balconista, caixa de mercado, passadeira, doméstica, babá, vendedora... um bocado de coisa.*

**E você está estudando atualmente?** *Olha, eu terminei agora meu curso técnico. Curso técnico de enfermagem. Eu estou na fase dos estágios, meu último estágio agora é em instrumentação cirúrgica no Miguel Couto.*

### Me conta um pouquinho como é sua rotina de trabalho.

*Bom... minha rotina de trabalho, depois da vida de ACS, né? Porque antes era diferente. Antes eu não me preocupava com a vida de ninguém. Antes era eu na minha casa, o vizinho “bom dia”, se ele estivesse passando mal dormindo... sei lá... qualquer coisa que estivesse acontecendo com a avida dele não fazia parte da rotina da minha vida.*

*Depois que eu comecei a trabalhar como ACS é que eu pude perceber o quanto que a gente pode interferir na vida de um ser humano, né? Ou pro lado bom, ou pro lado ruim, né? Se a gente quiser trabalhar mesmo. Porque com esses 4 anos, foi por isso que eu quis estudar e fazer o curso técnico de enfermagem, porque eles me perguntavam certas coisas e eu falava: “Gente, como é que eu vou responder uma pergunta dessa?”*

*E eu comecei a gostar da situação. Eu já gostava antes e vi que os cuidados... como a gente... eu, principalmente... estou falando da minha parte... como eu já tenho cuidado com a minha família, com meus filhos e às vezes eu via o vizinho que não tinha cuidado... mas eu não tinha nada a ver com a vida do vizinho antes porque eu não pertencia à área da saúde da família, eu não tinha pra quem recorrer, pra quem pedir ajuda... como fazer, né? Eu não esquentava muito. Quando a gente começou com esse processo de trabalho “Vamos cadastrar!” – a gente começou no cadastramento –, porque você já começa a conhecer a família, você já começa a conhecer os atos da família, você já começa a saber quem realmente faz alguma coisa, quem não está nem aí, quem realmente se preocupa, né?, com a saúde da casa mesmo... aí você vai começando a perceber um bocado de coisa.*

*Aí foi onde eu percebi “Gente, isso aqui é muito legal! Vou fazer o curso técnico.” E fui adiante. [Você começou a fazer o curso técnico depois de...?] Dois anos. Dois anos, entendeu? Mas com o passar do tempo, a nossa rotina ficou muito, assim, é... árdua, porque a gente começou a participar dos problemas da saúde dos familiares da pessoa, né? Porque a gente começou a se preocupar mais com as crianças, com os idosos: “Nossa, eles não estão comendo.”, “Nossa, eles estão largados.”... isso é uma preocupação que a gente não tinha antes. Por mim, tanto faz como tanto fez, não está indo lá na sua casa, eu não tenho nada a ver com isso.*

*Mas a partir do momento que é um trabalho nosso, é uma obrigação, eu me sinto sendo cobrada. Mas não, assim, pelo meu médico, pelo meu enfermeiro. É eu mesma, porque eu vejo uma situação e falo: “Gente, não pode ser assim.” Tanto que, às vezes, todo mundo me procura. Eu tenho a minha área, mas como eu não moro na minha área, eu passo pela área dos outros, aí todo mundo vem me perguntar: “Ah... como é que faz na consulta”, “Ah... estou com um curativo assim”, “Olha, eu preciso tomar um medicamento, como é que eu faço?”. Então a gente passa a orientar todo mundo. **A gente vira uma referência na nossa comunidade.** A gente passa visita de manhã cedo, passa visita à tarde, isso quando não está no posto e mesmo assim não precisa nem passar visita, porque a gente, assim, que mora na comunidade é muito difícil porque se você botar a cabeça pro lado de fora todo mundo vem perguntar alguma coisa. Não tem como. Antes, quando era no início vinha até de madrugada bater na porta: “Olha só amanhã tem médico?” “Ó... como é que eu faço pra marcar minha consulta?” Então, depois que a gente passou a organizar direitinho ficou melhor. Mas até hoje a gente não pode colocar a cara do lado de fora porque todo mundo vem: “Vem cá, vai ter médico ou não vai?” “Como que eu faço pra marcar meu exame?” “Que horas que eu tenho que estar lá?” Então, eles querem saber. Ao invés de vir no posto pra se informar, eles vão na nossa casa. **Aí eu estava falando: “Daqui a pouquinho a gente está virando médico”.** A gente sabe a medicação, a gente sabe a dosagem... a gente só não pode carimbar e prescrever, mas como é que faz, como é que não faz, então a gente aprende muito com esse nosso trabalho.*

### Como que é feita a programação das suas visitas?

*Bom, as visitas, assim, na parte da manhã a gente programa só aquelas que realmente estão em casa. Porque, na maioria das vezes as pessoas que trabalham elas não vão estar em casa. Então, quando as VD não são programadas praqueles pacientes que estejam em casa, ou a gente vai estar aqui jogando VD, né?, ou a gente vai*

*estar em coleta, marca a coleta pro dia que a gente sabe que o paciente não vai estar em casa, a gente marca coleta, marca visita com a enfermeira, mas aí tudo marcado, porque a gente já sabe que vai ter alguém em casa. Porque na parte da manhã a maioria dos pacientes ou não estão em casa ou estão dormindo, então eles não abrem a porta, eles abrem a porta logo depois de 10 horas da manhã. Então a gente vem pra cá de manhã cedo, 8h, esperamos dar 8:30-9h pra poder subir que até chegar lá em cima dá umas 10h, né? É horário que a gente começa a pegar as pessoas em casa. Aí a gente começa a VD, vai... depende, tem dia que a gente tira horário de almoço, tem dia que a gente não tira, porque eu mesmo não gosto de tirar horário de almoço, por mim eu tiro o dia todo de visita, né? Que aí quando eu vou pra casa, eu já vou pra casa de uma vez só. Aí a gente faz as nossas VD, almoço e depois volta pra unidade, pra poder passar a VD.*

**Seu território pega asfalto também?**

*Não. Não pega asfalto, só comunidade.*

**Tem mais alguém que te auxilia nessa programação das visitas ou você mesmo que se programa?**

*Não, não, não... a nossa enfermeira, ela, quando a gente precisa... só nas programadas, né? Que aí a gente programa: “Quarta-feira é com a enfermeira, quinta é com o técnico, sexta é coleta”, então, toda sexta-feira, hoje, reunião de equipe, a gente vai programar uma semana. [Quando você vai com a enfermeira, aí ela participa dessa programação...?] Sim, enfermeira, técnico, sempre tem alguém que... [Quando você vai sozinho aí você que programa?] Isso, isso.*

**Como você faz para priorizar? Assim, existe algum grupo ou algum indivíduo que você priorize nessas visitas?**

*Sim, sim, sim... Principalmente, primeiro são os acamados, né? Que eles têm prioridade. Esses aí a gente passa de manhã, de tarde, de noite... que aí não tem como. Depois que a gente vê esses, a gente vai nas gestantes ou nos bebezinhos que acabaram de nascer. Depois, vêm os hipertensos, aqueles casos que não estão tão grave... porque os que estão graves estão quase acamados, então já entra no primeiro da lista. E os diabéticos. Entendeu?*

**E, na sua opinião, tem algum outro grupo fora desses grupos que já são dados assim, né?, que tem Ficha B e tudo... existe algum outro grupo, alguma condição que você consideraria que seria prioridade?**

*Considero, mas que não está... quer dizer, está na Ficha B, mas que ele não tem uma prioridade dentro aqui da unidade, que seriam as pessoas, assim, com transtorno mentais. Porque a gente vai conversar com eles e a gente nota que eles querem conversar, mas eles não vêm na consulta, né?, e nem ninguém vai lá, porque eles não são acamados. Então, quer dizer, eles ficam meio que perdidos. Basicamente, a gente que vai lá e passa, conversa... mas, assim, mais pra saber como é que está o paciente, a medicação continua tomando, mas eles são um grupo que está meio esquecido dentro da... de todas as doenças, saúde mental está um pouco esquecida.*

**Tem algum outro grupo que talvez você ache que talvez precisasse dessa atenção aí?**

*Bom, na minha área, como eu tenho muito idoso, eles têm muita depressão, né? A saúde mental pra mim é... eu não tenho muito alcoólico, assim... dá pra contar no dedo quantos alcoólicos eu tenho. Mas isso tudo vem antes, por causa da depressão. Então, quer dizer, uma coisa puxa a outra. Eu acho, né? Não tenho certeza. (Risos)*

**Você percebe que existem famílias ou pessoas que precisem mais da atenção do agente comunitário do que outras?**

*Ah... existe! Existe. São as pessoas que ficam sozinhas em casa. Esses aí que a gente leva mais tempo na visita. Tem dia que se alguém não me ligar, eu não consigo sair da casa do paciente. Porque ela começa a chorar, ela começa a abraçar, aí ela não quer ficar sozinha em casa... A gente cria, nesse tempo de trabalho, a gente cria um vínculo, né? Eu trato eles como se fossem da minha família. Minha avó, minha tia... Então, eu não consigo virar as costas e “tchau, tá na hora”. Não, tem que ir com jeito: “Olha, tem outro paciente, mas depois eu volto”, tem que ir com jeito com eles. Então esse grupo de idoso que está sozinho em casa, que os filhos não vão lá visitar, que são diabéticos, que são hipertensos, que ficam em casa sozinhos, às vezes não têm nem condições de levantar da cama, esses é um grupo que dá trabalho, muito trabalho mesmo, principalmente emocionalmente. Porque às vezes, mesmo sem querer, a gente se envolve. (Risos) Eu não gosto de falar que eu choro.*

**Você quer dar o exemplo de alguém?**

*(ACS chora)*

**Por que você se emociona? Você fica lembrando de quem?**

**Pode chorar, não tem problema não.**

*Deixa eu me controlar. (Risos)*

É porque, assim, eu não fui criada com meus pais. Então eu sinto falta, né? Aí quando eu vejo alguém sozinho eu fico imaginando: “Podia ser meu pai”, “podia ser minha mãe” ... e eu não gostaria que maltratasse. Não gostaria que ficasse doente, né? Então pra mim é muito mais difícil. E como eu tenho muito idoso, pra mim é terrível. Eu já estava tomando remédio já, porque o problema deles eu acabo levando pra casa. Eu não consigo resolver e quando eu vejo que a família também não quer aí é pior ainda... muito pior. Aí eles me tratam, assim, com muito amor, muito carinho, muita atenção e eu não consigo... mesmo que seja pra perguntar uma coisa besta “ah... esqueci meu remédio”, aí vem um abraço, um carinho, um aperto de mão... “Gente, como é que eu vou virar as costas pra uma pessoa dessa? Não tem como.”, né? Eu não consigo.

**E o que você entende quando eu falo: para você o que é “uma pessoa/uma família vulnerável”?**

Bom, depende da situação que ela esteja, né? Porque tem pessoas que – na minha área mesmo – que elas têm condições financeiras, mas eu não considero vulnerável pelo lado do dinheiro, né? Elas têm condição, mas acho que pagando, comprando o remédio o paciente vai... “não, eu estou dando o remédio”, mas o principal que é o cuidado que você tem que ter, cadê? Não tem.

Vulnerável pra mim é a família que não tem condição nenhuma, não tem trabalho, né?, não tem como se alimentar, não tem de onde tirar recurso nenhum, né?... uma menina nova que esteja grávida, que a mãe botou pra rua... quer dizer, são vários tipos de situações que a gente se depara, mas tem outras que a gente se depara com famílias que a gente tem dinheiro, mas eu não considero vulnerável. Entendeu? Vulnerável é só o paciente, mas a família não. Porque eles têm dinheiro, mas eles acham: “Não, está aqui. Eu comprei o remédio mais caro que tem, o antibiótico... vai melhorar.” Se você deixar o remédio ali sozinho, como é que o paciente vai tomar? Então, quem está vulnerável? A família? Não, quem está vulnerável é o paciente. Então quando fala assim “família vulnerável” depende muito da situação, na qual aquela família está passando. Eu vejo dessa forma. Depois que eu passei a ser agente comunitária, a gente entra na casa deles e passa a conviver dentro da casa deles... porque a gente vai de manhã, às vezes a gente vai de noite, né? Aí chega lá e começa a conversar e vem um, vem outro... a gente sabe como é a rotina da família. Então, assim, dá pra gente saber muito bem, pra mim, porque que uma família é vulnerável e o que que é um paciente vulnerável.

[Você teria exemplos assim pra compartilhar de algum paciente seu que você ache que...?] Sim, sim... eu estou com um paciente agora... está com uma escara enorme, né? Ele sim está vulnerável, porque ele é um paciente jovem, ele tem a família toda bem, todo mundo saudável, tem vários filhos, irmãos, as condições financeiras eles também têm, porque sempre tem alguém que trabalha, mas, assim, os cuidados com ele ‘tá’ a desejar. Porque eles acham que só ficar lá sentado com ele do lado é cuidado, mas ele precisa muito mais que você ficar sentado conversando com ele. Não é isso. Os cuidados básicos eles não estão fazendo. E a gente está sentindo, tanto eu quanto a nossa equipe, que esse paciente, se ele não for internado, em casa ele não vai durar muito tempo. Porque ele está com uma escara na região sacra que pra pegar uma infecção... a escara está enorme! E ele, assim... a casa é bem montada: tem ar condicionado, geladeira... é bem mobiliada, mas, assim, o quarto dele é muito pequeno, não tem como fazer mudança de decúbito nele. A esposa dele é do meu tamanho e ele é bem forte, grande... como que ela vai fazer uma mudança de decúbito no marido dela? E mesmo assim, tendo filhos assim super fortes, homens, genro dentro de casa, mas ninguém participa. Então, esse pra mim é um exemplo... não é uma família que está vulnerável, porque eles estão bem, estão curtindo, estão saindo, vão pra praia, mas quem está vulnerável é o pai deles que está dentro de casa, no qual eles acham que é só ficar ali “ah não, meu pai não vai pro hospital, ele vai ficar em casa porque ele vai ficar bem”, mas não é assim que funciona. Eles estão deixando a desejar. E agora a gente está decidindo se vai conseguir uma vaga eletiva, se o PADI (Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso) vai lá... o que que vai ser resolvido com ele.

**Você lembra de algum outro caso que te chame atenção? Que te mobilize mais?**

Todos os casos. (Risos.) É muito. Nossa. Depois que eu passei a ser ACS, principalmente os idosos, né? A gente tem que ter uma paciência enorme com eles. E quando a gente chega lá, eu aprendo muito com eles, inclusive tem um senhor, um casal, Sr. X e a Dona Y são dois casais de idosos... nossa... ela está bem fraquinha, não estava conseguindo andar direito, estava desmaiando... o coraçãozinho dela estava começando a falhar e ela colocou um marca-passo. Agora ela está ótima. Até engordou mais. E ele, o Sr. X é uma pessoa super inteligente, estudada. Então cada vez que eu vou lá na casa deles, quando eu entro lá até falo “gente, isso aqui não é uma visita”, porque a gente entra de manhã e sai só de tarde que é tantas histórias que ele tem pra contar, pra mostrar como aconteceu... e ele mostra mesmo os fatos, quer dizer, eu aprendo também com o tempo deles, né? Com o que eles já passaram. Então me favorece também que é o que eu posso repassar mais tarde. Então é um caszinho fofo demais, eu aprendi muito com eles, inclusive tem até uma frase do nosso médico que ele fala: “Uma pessoa que já viveu 92 anos ou mais ela tem, ela pode escolher o que ela quer da vida”, então quer dizer, não sou eu que vou chegar lá e obrigar a ele “ah, Sr. Jaci, o senhor tem que tomar seu remédio de hipertensão”, mas ele fala pra mim: “Olha só, Captopril® é um vasodilatador, mas se eu estou tomando esse outro também que é vasodilatador porque que eu vou tomar esses dois?” Então de que que adianta pegar e ficar batendo boca com

*ele se ele está sabendo o que ele vai passar e o que ele já fez da vida dele? Então, assim, eu aprendo demais com eles. São um casalzinho, assim, super fofo!*

**Na sua equipe tem algum espaço, algum tempo reservado pra discussão desses casos mais complicados?**

*Tem, são às sextas-feiras, na nossa reunião de equipe. [E você participa dessas discussões?] Sim, sim, sim... Que a gente já leva durante a semana, né?, quando a gente vê a situação ficou meio crítica, o paciente foi internado, ou caiu e se machucou a gente ó “vamos fazer a VD”. A gente já faz a VD pra quando chegar na sexta-feira a gente já saber como é que o paciente está pra gente saber qual é que vai ser a conduta pra ser levada pra ele depois.*

**Você já falou um pouquinho quando você identifica um indivíduo, uma pessoa, uma família vulnerável, quais são as ações propostas? Você falou desse que vocês estão tentando internar, né?, tem algum outro caso seu ou da equipe?**

*Sim, sim, sim... eu tive um caso de uma mãe, uma família, essa sim uma família vulnerável. Porque a mãe não trabalhava, a mãe era diabética, a insulina dela era de 400-450. O marido não trabalhava, fazia bico. E ela já teve vários filhos, todos os filhos, a maioria... teve três, deu os três. E teve uma filha com hidrocefalia.*

*Essa criança sofreu muito, então era visível a gente chegar lá e sentir aquela criança. Quando eu chegava lá na casa dela, ela chegava perto de mim e me abraçava. Então a gente sentia que não é normal, né?, que uma criança, do nada, você vai fazer uma visita e na hora que você abre a porta: “Tia”, como se fosse a tábua de salvação da vida dela. Durante as visitas, eu percebia que tinha alguma coisa errada, então quando a mãe, a filha falava alguma coisa enquanto eu estava lá entrevistando a mãe, conversando com a mãe, a mãe xingava, a mãe agredia a menina e eu trouxe o caso pra nossa equipe e nós discutimos, levamos pro conselho tutelar, né? Porque a menina... você via sinais de marca na menina, né? [De marca de quê?] Bom... Eu não... Eu até mostrei pra uma enfermeira... Marcas de cinto, né? Ela era maltratada, ela apanhava... E nós levamos a nossa enfermeira lá pra ela poder ver como é que estava a criança e a mãe sempre negando. A mãe chegava aqui, era um doce de pessoa, super educada, “não, que eu compro, que eu faço”, mas eu sabia que não era nada daquilo, que quando você chegava lá, a mãe estava gritando com a criança: “Você vai ficar trancada, vai pro seu quarto!” A menina não tinha cama, ela dormia no chão, num lençol no chão, no cimento.*

*Teve um dia que o padrasto da menina veio falar comigo dizendo que ela estava contando uma história que tinha sido abusada sexualmente. Eu falei: “Nossa, nós já estamos nessa equipe há três anos, se há três anos a mãe nunca falou pra mim que a filha tinha sido abusada, porque ela vinha... ela começou a fazer atos obscenos... a querer beijar na boca, a pegar o boneco e querer fazer sexo com o boneco... e ela estava mudando o jeito dela. Aí a mãe disse, veio com a história dizendo que ela tinha sido abusada quando era criança, quando era bebê. Aí eu falei: “Gente, eu acho isso impossível, porque ninguém sabe de nada, né?” Nós estamos aqui já há três anos e ninguém nunca ouviu essa história e depois que ela arrumou esse padrasto pra menina, que a menina começou a fazer esse tipo de coisa, na escola também. A escola acionou a gente e falou que ela estava fazendo esse tipo de coisa na escola. E foi se agravando a situação dela, foi se agravando e aí a gente chamou no conselho tutelar, porque o ideal seria ter tirado a menina da casa e entregado pra uma família acolhedora. Mas como tudo na vida demora, não se resolve fácil, foi passando-se o tempo, foi passando-se o tempo e chegou um dia que o padrasto estava irritado em casa e a L., ela deve ter feito alguma mal criação, alguma coisa e o padrasto pegou o travesseiro e foi pegar na boca dela. Com isso, como as casas são de frente – o quarto da menina é de frente pra outra casa que também é da minha área –, o vizinho viu e o vizinho foi lá e pegou o padrasto e bateram nele. Tanto que o travesseiro, parece que saiu sangue do nariz da L., ficou sujo de sangue e quiseram bater nele, quiseram matar ele... esse tipo de coisa.*

*Onde nós moramos não é pacificado, mas tem a força nacional. Levaram esse cara à força nacional, a força nacional levou tanto a L., quanto o padrasto, quanto a mãe à delegacia, fizeram boletim de ocorrência e foi flagrado o flagrante lá mesmo que a L. tinha sido sufocada. Ocorreu que o pai conseguiu fugir, a mãe está presa até hoje e os dois filhos dela, no caso a Lavínia e o irmão, o irmão ficou com um vizinho que está com a guarda provisória e a L. ficou com a tia e a casa ficou abandonada.*

*Mas esse era um caso que a gente já tinha visto o que poderia acontecer, né? Mas a gente já tinha acionado todos os meios. Então, só ocorreu alguma coisa porque a força nacional teve lá e fez um boletim de ocorrência na hora, porque caso contrário, se a força nacional não estivesse lá, esse caso da L. ia continuar no conselho tutelar – como está até hoje – e ninguém ia conseguir fazer nada. Ela ia continuar sofrendo, ela ia continuar apanhando e é uma menina, assim, super doce, super carinhosa, mas devido ao desequilíbrio da mãe, né?, que arrumou um marido que não trabalha, que não faz nada pra ninguém e tem uma filha doente que também não gosta... ela falou mesmo: “Eu não quero ter essa filha! Não quero morar com ela!” Nem ela dava pra ninguém e nem ele queria tomar conta da criança. Chegou uma vez que eu e meu técnico fomos lá, quando batemos na porta que eu falei: “Vamos lá na L., vamos visitar pra ver como é que ela tá.” Na hora que a gente bateu na porta a menina estava*

trancada em casa. [Sozinha?] Sozinha! Desde de manhã. Isso era por volta de duas horas da tarde. Sem comer. Então eu e meu técnico fomos lá na padaria, compramos iogurte... fizemos lanche, “kit” lanche pra ela... ela pegou e falou assim pra mim: “Tia, não fala pra minha mãe que eu comi, porque senão ela vai me bater.” Então eu fiquei com ela lá esperando a mãe dela chegar, porque com certeza a mãe dela ia ver o flagrante lá da caixa da... do pacote de biscoito, da caixinha de Toddyinho®, do iogurte. Ela comendo desesperada: “Não, a minha mãe vai me bater!” Eu falei: “Não, não vai. Eu vou ficar aqui com você e vou esperar a sua mãe chegar pra poder falar pra ela que eu estou dando pra você, você não me pediu comida. Você não me pediu nada, eu que estou dando, eu que estou comprando pra você.”

Então, assim, são situações que a gente... se eu não fosse ACS como é que estaria aquela menina o dia todo em casa, esperando alguém ou algum vizinho tomar uma providência. Porque ela já vinha sofrendo há anos, há tempos. E agora foi dada... o juiz deu a decisão que a mãe vai continuar presa, né? E a guarda vai ficar pro pessoal que está tomando conta dela e do irmão dela.

### **Qual a importância do agente comunitário na identificação dessas famílias, dessas pessoas que são mais vulneráveis?**

Bom, o ACS, é uma função que foi lançada, facilita a vida do médico, né?, entre o médico e o paciente, porque às vezes nem sempre o paciente que está aqui no consultório consultando com o médico está falando a verdade. A gente já sabe, a gente já conhece a família porque a gente vive lá em cima com eles, a gente todo mês tem que passar na casa deles – seja uma vez... tem paciente que a gente visita mais de três vezes, passa pela porta todo dia. Eu passo por lá todo dia, então a gente sabe como é que é a rotina. E o médico não. Então facilita a conduta que o médico vai ter com aquela paciente. Que às vezes o paciente chega aqui e dá uma de santo: “Ah não, meus filhos são isso, meus filhos me ajudam...”, enquanto que, na verdade, é tudo ao contrário. Então o médico acha assim: “Ah, então vamos seguir esse caminho.”, mas a gente orienta: “Não vai dar certo. Porque a família não funciona desse jeito.” Aí a gente tem que ver quais são os outros meios que ele vai poder conduzir a situação com o paciente.

Então o agente comunitário veio pra dar uma força maior pro médico, né? E facilitar, assim, o jeito de tirar das filas, porque antigamente tinha muita fila, agora não. Agora a maioria só vem... Eles só não entenderam que aqui não é emergência, porque eles acham que aqui é emergência: cortou o pé, emergência; está com dor de dente, posto de saúde. Eles têm que saber diferenciar, eles não sabem ainda. Eles têm que saber que agora tudo é aqui, o posto de saúde somos nós. Mas, assim, nós cuidamos deles, não só de um, como da família, já facilita saber o que que está acontecendo: se tem uma epidemia, se não tem, o que é que está dando, se é uma catapora, se é caxumba, né?, onde é que está dando uma infecção, onde é que está ocorrendo, facilita a vida do médico. Então, nós estamos, tanto lá em cima, quanto no asfalto dá pra saber onde é que está ocorrendo mais doença. Que é que está acontecendo mais: são os idosos, são... qual campanha, que que nós vamos fazer, que que nós vamos preparar pra futuramente até melhorar a situação do posto estar vazio e só vir mesmo em consulta de rotina quem precisa.

### **Tem mais alguma coisa que você queira acrescentar? Que eu não perguntei?**

Não, acho que eu falei até demais, né? (Risos)

Me envolvo... só sei que depois que eu passei a trabalhar como agente de saúde, eu vi que a vida do ser humano é mais importante do que tudo, né?. Mesmo eu não... que antes eu não ligava. Hoje em dia a gente já passa e vê com um olhar crítico. A gente já passa olhando: “Olha só como é que está o pé daquele paciente.” “Olha só, está com uma miíase, nossa!” “Cara, está com fome.” Então, quer dizer, a gente já... eu passei a andar na rua, em qualquer canto que eu vou com um olhar diferenciado, né? Porque antes eu não me preocupava com isso.

Então, o agente de saúde pra quem gosta, lógico que pra quem não gosta, vai trabalhar um certo tempo e depois vai sair. E pra quem gosta, vai progredir... vai fazer técnico, vai fazer enfermagem... porque você quer melhorar, sempre melhorar.

E é isso que eu pretendo fazer tanto na localidade que eu moro, quanto pros meus familiares também, né? E eu possa trazer um pouco de dignidade pra eles.

## Entrevista 11

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 25

**Tempo que trabalha como ACS:** 1 ano e 5 meses, mais ou menos.

**Antes de ser agente comunitária, você já trabalhou com alguma coisa?** Já, eu já trabalho na área eu sou técnica de enfermagem. Eu fiz a prova, passei e eu ingressei. **[Você já chegou a trabalhar como técnica de enfermagem antes? Ainda trabalha?]** Só faço home care de vez em quando.

**Atualmente está estudando?** Sim. **[Está estudando o quê?]** Enfermagem

**Há quanto tempo mora no território?** 20 anos.

**O seu território pega comunidade e asfalto?** Não. Eu trabalho numa equipe que pega só asfalto. Eu moro numa área e trabalho na outra.

**Me conta um pouquinho como é sua rotina de trabalho.**

A gente se divide em acolhimento e às visitas aos diabéticos, hipertensos e acamados, gestantes e crianças. São a vigência que a gente mais trabalha assim pra mais eficácia. E entrega de SISREG. A gente faz essa divisão através da nossa escala de acolhimento: A gente vai duas vezes na semana, a gente vai se dividindo nessas outras tarefas pra fazer as VD's com a médica também e com as nossas visitas normais.

**E como é feita essa programação de visitas, é você que programa?**

Vamos supor, às vezes, como a gente já pega a lista dos acamados a gente já sabe quantos acamados tem, quantos não tem e o grau de cada um, aí a gente faz um cronograma de, às vezes são de dois em dois meses, às vezes são de três em três meses, dependendo do grau do acamado. **[O grau em que sentido? Vocês usam alguma tabela...?]** É, a gente fez tipo um... a minha equipe fez tipo um cronograma com o nome dos acamados. Vamos supor, visitou hoje, aí analisou que o outro paciente está melhor, daqui a dois meses ou precisa de mais tempo ou precisa de fazer mais consulta, de mês em mês, de duas em duas semanas...

**Essa é a programação pra toda a equipe... que é pra visita do enfermeiro, do médico... E a sua programação da visita só do agente comunitário?**

Assim, vamos supor... se eu fico duas vezes no acolhimento... vamos supor, eu fico segunda, como eu fiquei hoje, vamos supor... eu fiquei até 12:30 aí eu almoço e na parte da tarde faço as visitas domiciliares. Eu entrego SISREG, se não tiver SISREG pra entregar, eu vou fazer acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Durante a semana a gente vai dividindo entra acolhimento e essas escalas.

**Você falou de alguns grupos ou de algumas pessoas que são priorizadas nas visitas, né? Você falou nesses grupos prioritários que é hipertensos... [gestantes, diabéticos e crianças.] Tem algum outro grupo que você acha que deva ser priorizado também nas visitas, fora esses que já são?**

Eu acho que esses são os que a gente trabalha mais na atenção básica. Mas, assim, dar ênfase também, assim, em pacientes que precisam de... uma resposta minha, particularmente... às vezes eu acho que o paciente precisa de ouvir, entendeu? Tipo ter um espaço só de umas dicas assim só pra... tipo como um psicólogo, assim, sabe? Como a gente não tem um psicólogo específico pra cada equipe – às vezes é muito difícil até mesmo pra lidar com essa situação, assim. Tem as vezes algumas situações que o paciente... é difícil de marcar, essas coisas... O paciente, às vezes, precisa um pouco de mais atenção.

**Você acha que existem famílias ou pessoas que precisam de mais atenção do agente comunitário do que outras famílias?**

Sim. **[Por que?]** Digo pela minha área... na minha micro área tem muito idoso, aí às vezes, assim, tem gente que tem famílias que são muito atenciosas. Eles mesmo vêm direto aqui, ficam em cima... E tem outros que vivem só, entendeu? E às vezes é um pouco difícil de tentar até ajudar, porque você só pode dar assistência e às vezes vou fazer o ministério público, denunciar... às vezes é mais complicado. E às vezes, assim, na minha micro área muito idoso é ajudado por vizinho, assim... e sempre tem um pouco de deficiência, né? O que a gente pode estar fazendo, particularmente eu, visito muito os pacientes, então muitos pacientes me conhecem e acaba, assim, que demora mais tempo porque eles falam, conversam... e sempre tem paciente que precisa de mais atenção. **[São esses que moram sozinhos...?]**

**[Você tem algum exemplo de alguma família, algum idoso que você tenha mais contato?]** Ah, vamos supor... hoje a filha de uma idosa veio que ela é acamada, ela é restrita lá, na verdade. Não consegue sair mesmo que ela já tem 91 anos. E, assim, ela... essa filha acompanha direto, vamos supor: ela está com o batimento rápido, ela vem falar: “Ela está com o batimento rápido e com a pressão, assim, treze por nove”, não é uma pressão alta, mas, assim, pra uma paciente de 91 anos possa ser. A filha é leiga, não sabe... Ela já veio saber: “Ah, o que que eu faço, aí hoje em dia ela veio aqui, mas amanhã eu já vou passar lá pra ver como que ela está, se ela melhorou, se ela está com algum outro quadro, que aí já é uma outra conduta... tem que chamar o médico pra poder fazer uma visita e tal.

**O que você entende quando se fala “família vulnerável/pessoa vulnerável”?**

Assim, o termo vulnerabilidade engloba várias coisas não só social, mas como, assim, uma pessoa que também tenha difícil acesso à gente através de alguma deficiência, restrita, alguma coisa assim... e também condição de... financeira também, né? Não necessariamente só de... É acho que mais financeira e também a parte, vamos supor, se tem uma vila, qual é as doenças mais propícias daquele local também. Esse termo também entendo como vulnerabilidade, eu acho.

**Por exemplo, se a gente perguntasse assim: “Ah, das famílias que você tem, quais que são as mais vulneráveis?” Quais que você identificaria como as mais vulneráveis?**

É porque a minha área não é na comunidade, porque na comunidade daria pra falar: “Fulano assim pegou... tá com tuberculose, tá com alguma coisa... tipo assim.” E também termo de assistência social também. Na minha área não tem tanto disso, não posso falar assim: “Tem muita vulnerabilidade”. As minhas ruas tem mais, assim... mais idosos e a questão, assim, é muita... assim, às vezes, eles têm males social mesmo. Vamos supor, eles têm a doença, só que vivem só e às vezes não conseguem ter tanto dinheiro, porque são aposentados e às vezes não conseguem ter uma vida como tinha antes. Mais relacionado a isso. Aí por isso que eles procuram muito aqui o atendimento. Porque precisa ter remédio, eles precisam muito mais ter a assistência da gente da saúde. Mais em relação à isso.

**Qual é a importância do agente comunitário na identificação dessas famílias?**

Eu acho que, para mim, é primordial, porque, assim, a nossa visão do agente é a realidade do que está passando. Assim, os médicos não sabem. Então, assim, a nossa visita é crucial. Você vai saber, você vai chegar, é o primeiro contato, você vai ver como é que funciona, mas também tem que observar, assim, vamos supor, não pode já, tipo, criar uma impressão errada, a gente tem que analisar várias vezes a situação que às vezes a gente pode até se importar mais com um ponto e às vezes não necessariamente é isso, entendeu? Ou devido a algumas situações. Às vezes a gente “Ah não, isso é errado, já tem que denunciar logo. São coisas que a gente tem que balancear, entendeu? Você analisar bem.

Mas eu acho que o agente comunitário, pelo menos eu, que é importante: estar com um pico hipertensivo, é importante; é diabético e não está tomando insulina, é importante a gente analisar e falar com a médica: “Ah, está sentindo isso...” Porque toda vez que a gente vai em uma casa eles falam se o remédio está funcionando, se não está. Eu acho que é primordial.

**A equipe tem algum espaço, algum tempo reservado pra discutir esses casos que você considera importante?**

Na reunião de equipe. A minha micro área é uma das maiores que tem, então vira e mexe eu tenho vários casos, assim, de Ministério Público, de estatuto do idoso, de pacientes que juntam lixo, essas coisas assim... **[Do Ministério Público dá um exemplo, assim, de casos...]** Ah, paciente que não é cadastrado, a maioria. Esse ano teve casos que não é cadastrados, só que vizinhos denunciam no intuito da saúde, de tentar ajudar, porque ficam sozinhos, não têm assistência. Têm muitos que são ajudados por amigos e vizinhos, sabe? **[Aí denuncia que o idoso fica sozinho?]** Isso. E às vezes não quer também fazer a medicação e tal... tem atendimento, não quer subir... e às vezes precisa também. **[Você falou no caso de juntar lixo também...]** É. **[Como é que foi? Foi seu também esse caso?]** Esses casos só acontecem comigo. (Risos) Mas no caso desse senhor, ele já foi reintegrado. E quando a gente chegou lá, ele já estava deixando o menino da portaria limpar e tal... que ele viu que precisava mesmo. Só que ele estava impossibilitado, ele não estava conseguindo sair e tal. Aí fizeram a medicação, fizeram o atendimento, a gente cadastrou... agora ele está normal. **[Como ele estava antes?]** Ele não estava conseguindo... eu acho que ele estava com um pouco de insuficiência... estava debilitado... ele mesmo não o conseguia sair e tal. E é coisas antigas que ele... não era nem lixo, é coisas antigas mesmo, só que pras pessoa é lixo. [13'18'' - ÁUDIO INCOMPREENSÍVEL - 13'28'']

**Quando você identifica uma família, um indivíduo vulnerável, quais são as ações propostas?**

Geralmente, a gente vai com a médica ou às vezes eu vou pra ver como é que é a situação e depois eu anoto e aí a gente vai com a médica. Aí, geralmente, elas fazem a parte da assistência, o que que pode, aí se for o caso do ministério público sempre vai uma psicóloga ou uma... alguém da assistência social lá e... aí elas já trabalham

*juntas, vê uma forma, assim, de ver a medicação e tal e já vê a parte... depois a gente faz uma marcação de consultas e vai fazendo o acompanhamento, se as visitas assim, pra ver a evolução do paciente.*

**Você tem um exemplo de algum paciente pra dar? Que vocês fizeram essa atividade conjunta assim?**

*Tem... tem uma paciente que ela já até faleceu... ela morava num apartamento sozinha. A vizinha que ajudava a ela. E ela não tinha filho, só tinha primos, só que longe. E nenhum o Ministério Público conseguiu constatar aí ela foi pra um abrigo. Aí depois de um tempo ela... porque essa senhora que é vizinha dela também era doente. Até então, ela não conseguia mais cuidar dessa senhora. Aí ela foi pro abrigo – o abrigo também faz parte da minha micro área. Aí a gente também fazia visita domiciliar lá também, né? Então a gente... fiquei acompanhando também a evolução e tal... só que ela já estava numa idade – 95 anos, eu acho – então, ela já estava bem debilitada. Ela tinha também é... um câncer no reto já, antes de... ela fazia tratamento particular, que essa senhora pagava... então depois que ela cadastrou com a gente, a gente [15'35'' – ÁUDIO INCOMPREENSÍVEL – 15'36'']. Mas ela morreu de falência mesmo... já estava muito avançado.*

**Algum outro caso que tenha te chamado a atenção? Que seja mais...?**

*É... desse caso, desse último, desse senhor que agora ele já está melhor, né? Ele foi denunciado como se ele tivesse juntando lixo e tal... mas, na verdade, nem era lixo, era mesmo as coisas dele que ele não estava conseguindo sair, não estava arrumando nada, estava dando meio que mau cheiro e tal. E ele estava muito impossibilitado mesmo, não estava conseguindo falar [16'10'' – ÁUDIO INCOMPREENSÍVEL – 16'12'']. A doutora deu o diagnóstico... eu não lembro, assim... só sei que era alguma coisa de insuficiência cardíaca, alguma coisa pulmonar, cerebral. Aí ela fez a medicação, foi melhorando... e agora ele já está saindo de novo sozinho, já está melhor o quadro dele.*

**Tem alguma coisa que você queira acrescentar sobre o tema? Alguma coisa que eu não tenha perguntado?**

*Não. (Risos)*

*A minha realidade é essa.*

**Entrevista 12**

**Sexo:** Masculino

**Idade:** 24

**Tempo que trabalha como ACS:** 3 anos e 1 mês.

**Você pega asfalto e comunidade?** *No momento agora só asfalto, mas eu peguei um bom tempo asfalto e comunidade.*

**E você mora ou morava na comunidade?** *Moro na comunidade Morro Azul, ali no Flamengo..*

**Teve algum outro emprego, trabalhou como alguma coisa antes de ser ACS?** *De carteira assinada, trabalhei de vendedor do shopping. [E sem ser carteira assinada?] Aí eu trabalhei com o meu pai, ajudando ele no trabalho dele; trabalhei 15 anos entregando pizza final de semana; tirei férias de um rapaz que eu conhecia três vezes de zelador de um prédio... mas era tudo menor de idade, só foi pra...*

**Atualmente está estudando?** *Terminei o ensino médio, mas não entrei na faculdade não. Até o momento não. [Tem o ensino médio completo, então, né?] Uhum.*

**Me conta um pouquinho como é sua rotina de trabalho.**

*Minha rotina de trabalho é... depende dos dias, né? Tem três dias na semana que a gente tem que vir aqui no posto ficar no acolhimento. Quando não estamos no acolhimento, nem no “Posso ajudar?” a gente fica na rua. Agora no momento a gente está mais conhecendo as nossas famílias, porque mudou as áreas. Agora se eu estou na rua, tem gente que eu não conheço. Entregar o SISREG, fazer o acompanhamento das gestantes, dos diabéticos, hipertensos... isso aí. Quando eu não estou no posto no acolhimento, eu estou na rua fazendo isso aí.*

**E como você programa suas visitas, as visitas que você vai fazer? Você faz alguma programação?**

*Depende. Tipo... No momento, eles estão chegando e colocando ali na frente os que querem ser cadastrados e a gente tem que ir na casa. Aí eu estou indo nas pessoas que estão mais atrasadas no momento, mas normalmente eu pego, tipo: “a semana dos hipertensos”, “a semana dos diabéticos”, “a semana do... acamado eu tenho que*

*ir quando eu acho que deu. Mas eu procuro dividir assim, “a semana do diabético”, a “semana dos acamados”, “a semana dos hipertensos” e assim vai...*

**Tem alguém que te ajuda nessa programação ou você que... [Não. Só eu mesmo.] Você mesmo faz sua programação, né? [Aham.]**

**Existe algum grupo... que você falou desses grupos: acamado, hipertenso, diabético... [gestante, criança...] Isso... Então esses grupos são priorizados na visita?**

*É, prioridade mesmo é gestante e acamado. E diabético muito grave. São essas pessoas. E tuberculoso que no momento eu não tenho nenhum, já tive dois, mas já se curaram.*

**E qual outro grupo você acha que deveria ser priorizado, tirando esses? Se pudesse incluir algum outro tipo de grupo pra ser priorizado, quem você priorizaria?**

*Lá na minha comunidade, eu acho que o grupo dos adolescentes. Que as meninas, principalmente, estão engravidando muito cedo, estão... os adolescentes estão usando droga, parece que... Antigamente fazia dezoito anos e começava a fazer isso. Hoje em dia não, com quatorze, treze anos tem um montão lá que fica fumando maconha, está puxando loló e acha que isso é normal. Acho que um grupo de adolescentes no morro seria bem legal.*

**[É um grupo que você acha que talvez precisaria de uma prioridade maior?] É... porque, idoso, assim... hipertenso, diabético lá no morro tem até um médico que faz o acompanhamento, tirando a gente. E eu acho que mais adolescente são... é de lado, lá.**

**Existem famílias que você percebe que precisam mais do agente comunitário do que outras?**

*Não, existe. Com certeza. Na minha área... Hoje em dia no asfalto não, porque é uma parte que eu fico é mais classe média, classe média alta. Mas quando eu ficava no morro tinha muita. Eles têm família lá que tem um pai e uma mãe pra cuidar de nove, dez filhos, sendo que eles não ganham nem um salário mínimo. Aí um filho é preso, outro está bandido no roubo... lá tem todo o tipo de vulnerabilidade na comunidade. Todo o tipo.*

**Quais seriam essas famílias que você... como é que você reconhece, assim as famílias? Que que você considera que...**

*É, aquilo... como eu entro nas casas, a gente vê a higiene das casas, se comporta aquele tanto de gente que tem dentro dela. Normalmente eu acho que uma família baixa renda, que só o pai e a mãe trabalha, eu entro lá e vejo sujeira, vejo criança de, às vezes, quatorze, quinze anos com filho, sem instrução nenhuma, que larga a escola pra ficar no morro e a mãe não está nem aí. É assim que eu... é nesses casos aí que eu vejo que a vulnerabilidade é bem maior. Normalmente nessas famílias tem agressão física entre pai e mãe, filho nasce vendo isso. O pai e a mãe usa drogas também, os filhos nascem vendo isso também. É até normal ver um adolescente, começa a usar, bate na mulher... é a mesma coisa, é um ciclo. Torna a mesma coisa que os pais são.*

**Tem alguma família que você lembre que te chame mais atenção?**

*Tem. A minha vizinha lá, a M, principalmente. A M ela tem 9 filhos: dois estão presos; um se tornou quase que o chefe do morro lá um tempo, foi expulso do morro, agora está querendo voltar, está tendo guerra, está tendo tiro... de vez em quando morre gente tudo lá por causa dele; os dois usam muita cocaína e maconha também, bebem... o pai, quando bebe cachaça no meio dessas drogas, ele espanca a mulher, bate na mulher... se o filho fizer alguma besteirinha assim também, bate nos filhos de madeira, não está nem aí... É grito... quase todo dia tu ouve grito... ontem mesmo teve. É uma das piores que tem. É bem minha vizinha, mora a vinte metros da minha casa.*

**Agora que você está conhecendo essas famílias do asfalto, você consegue identificar algum outro tipo de vulnerabilidade que possa existir ou ainda não conseguiu ter essa...?**

*É, porque nas casas que eu vou na rua, a maioria delas, se for vulnerável, quando é vulnerável, é uma senhorinha que a aposentadoria não dá pra pagar uma enfermeira, não dá pra pagar nada... só consegue manter o apartamento e fica lá sem ninguém pra tomar conta, se cair fica lá o dia todo até a empregada vir uma vez por semana e ver que ela caiu, ninguém vai ver. Isso pra mim eu acho que é uma vulnerabilidade. Não tem ninguém pra lembrar o remédio, às vezes esquece. Mas são poucas. A maioria que eu pego são domésticas, entendeu? E elas normalmente são tão doentes, que quando elas ficam muito doentes a patroa demite, entendeu? Não é muito comum eu pegar famílias vulneráveis na rua. [São domésticas que trabalham...] É, que trabalham lá. Quer dizer... a casa sempre está limpa, porque elas estão lá pra limpar... tudo direitinho...*

**Você já falou um pouquinho, mas como que você reconhece essas famílias que mais precisam? Que que você observa quando você vai fazer o cadastro? O que que você costuma observar assim pra...?**

*Primeiramente a higiene. Depois como armazena os alimentos, às vezes... Tem família lá... essa mesmo, da M: entra galinha dentro de casa, cachorro dorme na cama das crianças... eles não sabem que aquilo dali, por exemplo, não é normal. Jogar comida do lado de fora ali no portão pra galinha comer, eles não conseguem imaginar que vem rato. Eu aqui que a falta de instrução é o que faz a família ser mais vulnerável. É isso que eu acho. Pelo menos nas famílias que tem menos instrução são as mais vulneráveis lá no morro.*

**Quando a gente fala o termo “família ou pessoa vulnerável” o que vem pra você, assim? Pra você o que que é? Explicar o que que é...**

*Pessoa vulnerável? [Uma família, um indivíduo, uma pessoa... Quem que você considera vulnerável assim?] Ah...tipo isso... essas famílias que eu digo... que não sabem o que estão fazendo, realmente. Às vezes não sabem a importância que um atendimento médico às vezes faz. Não sabem uma limpeza na hora certa. Só a parte de não jogar comida do lado de fora, uma coisa simples que pra eles não... tipo, lá... a M... alguns vizinhos fazem isso: começar a queimar madeira do lado de fora, entra fumaça dentro de casa, as crianças ficam todas parecendo cozinhadas. Eu acho que isso é o principal, que torna as pessoas vulneráveis. Que aí sempre estão doentes, sempre estão brigando, sempre estão... ah, no médico aqui todo dia eles estão com um filho de cada dia. Isso pra mim é que é uma família vulnerável. Pra mim eu acho que é.*

**E qual é o papel do agente comunitário na identificação dessas famílias?**

*É, a gente identifica, tenta orientar o que que a gente pode, porque nem sempre a gente tem credibilidade pra falar tudo. Porque eu também não estudei... eu vim pra cá sem nenhum estudo na saúde. Eu fiz uma prova de português e matemática e entrei. Apesar de que lá a gente tenta orientar, tenta dizer... nem sempre somos bem recebidos. Você vai chegar pra uma família dessa e vai dizer: “Pô, não joga lixo aí fora não, não sei o quê, porque pode vim rato, pode...” Eles: “Mas porque ele tá falando isso, ele é só meu vizinho...” Eles não entendem que a gente trabalha na saúde e quer o bem deles, entendeu? Aí fica complicado, mas mesmo assim a gente tenta. “Ah... amamenta seu filho até seis meses de idade no mínimo.” “Não fuma na gravidez” Tanta coisa que a gente tenta explicar assim, no dia a dia... É assim que a gente tenta ajudar, né?, explica que não pode esquecer de tomar o remédio de diabetes, hipertensão, essas coisas... parar de fumar, a gente tenta trazer pro grupo de tabagismo, mas é aquilo, é bem difícil...*

*Por isso que eu preferi sair até do morro, no asfalto é mais fácil. [Você está achando mais fácil?] É. [Por não ser conhecido seu, é isso?] É, também, também... isso principalmente. Porque eles acham que você está invadindo a privacidade deles, entendeu? Eles não entendem que a gente é profissional... eles acham que a gente... que se eles falar alguma coisa pra gente, a gente vai falar pro morro, sendo que a gente tá ali como profissional. O máximo que eu vou falar é pra médica, pra minha equipe. Aí eles não entendem isso.*

**E qual é a importância do agente comunitário nesse papel de identificar essas famílias, essas pessoas?**

*É... trazer o caso deles pro médico. Aí tipo... antigamente, quando... tinha umas pessoas que não vinham no hospital de jeito nenhum. A gente trazia isso pra médica e quando a médica via que não vir, de vez em quando ela até ia lá, visitava a família, mostrava... que eles não são nem receptivos com o médico literalmente, porque eles não são acostumados com isso. Aí tem muito homem lá que só vem aqui quando está literalmente morrendo. Já teve várias vezes, três, quatros aí que não vinha... hipertenso, diabético máximo e não vem de jeito nenhum. Aí a gente tenta buscar essas pessoas, né? Estamos correndo atrás. (Risos)*

**A equipe tem algum espaço, algum tempo reservado pra discussão desses casos?**

*Tem a reunião de equipe. [Aí vocês discutem na reunião de equipe?] Dentro da reunião de equipe, normalmente.*

**E aí quando você identifica essa família, essa pessoa, né? Quais são as ações que são propostas?**

*É, aquilo... a gente vê quais são os problemas deles. Se for, ah, fumante, tipo, uma coisa mais psicológica, um problema psicológico assim, a gente tenta insistir pra que venha marcar uma interconsulta pra... já que não fala com a gente, pelo menos conversa com a doutora, marca um psiquiatra, um psicólogo, tenta botar num grupo de tabagismo, num AA. A gente vai dando oportunidades, entendeu? Dando alternativas. Quem quer vem com a gente, quem não quer continua a mesma coisa.*

**Você lembra de algum caso que te marcou mais que vocês tenham discutido na reunião de equipe?**

*Um caso que marcou na minha área... era quando era no morro era mais tranquilo. Mas, assim, caso que me marcou mais... É, foi, tipo... a pouco tempo, uma garota lá, adolescente lá do morro teve filho, sendo que ela não gostava de vim no pré-natal, fumava, bebia, fazia um monte de coisa. Aí o ser de tão irresponsável que ela era... acho não sei o que que houve na época... agora eu tenho até me esquecido... o filho dela nasceu na sala dela tipo... caiu lá e morreu. Isso aí deu “mó” problema, teve... [Nasceu e morreu dentro de casa?] É... caiu. Ela não estava nem esperando o filho nascer, tipo ela abriu a perna, estava sangrando, o filho caiu dentro da sala. Ela nem sabia, eu acho, que já tinha nove meses. Esse foi um caso que me marcou legal. Também eu conhecia ela, conhecia a*

*mãe dela. É um dos casos que acontece, tirando... O maior problema mesmo que acontece lá no morro é a questão da droga. Droga a maioria dos idosos... idosos não... bota aí 40, 50 anos, essa geração aí, a maioria usa droga e é cocaína. Esses aí são tudo hipertensos, tudo diabético. Um caso de um vizinho meu escuro, bem altão, bem gordão, ele cheira todo dia, todo dia. Quase que morreu. Chegou semana passada aí com vinte e cinco por não sei quanto de pressão e olha que nem remédio ele toma. Esse aí eu já tentei várias e várias vezes trazer ele pra cá. Já levei até a médica lá na casa dele pra incentivar ele ir... Esse aí eu sei que vai morrer, não vai demorar muito pra morrer... não vai ser o primeiro que a gente alerta e morre. Isso aí é certo.*

**Você quer acrescentar mais alguma coisa? Falar mais alguma coisa de algum outro caso que você lembre...?**

*(Gesticulação)*

**Está sendo muito diferente do asfalto lá pro morro?**

*Está porque eu não vejo... quando eu trabalhava no morro... as pessoas sabem onde eu moro, eu trabalhava 24h. Aí onze horas da noite batiam lá em casa pra saber, achavam que, como e morava perto deles eu tinha que levar remédio, eu tinha que pegar remédio pra eles, lá no posto tinha que marcar consulta... Quer dizer, eu era tipo uma babá. As pessoas não faziam nada, ficavam em casa, queriam remédio, queriam consulta... uns queriam até que o médico fosse lá sendo que podia andar, podia tudo. Aí eu já cortei isso. Hoje em dia já não tem mais isso, só vejo meus pacientes quando eu vou realmente na casa deles. O problema é que é mais difícil pra mim ver eles em casa, porque tem interfone, não sei o quê, aí às vezes a patroa não quer ser incomodada, aí fala que o paciente não quer ver, sendo que o paciente nem sabe que a gente está lá embaixo... Só isso que mudou, a recepção. Tirando isso, estou até gostando mais. (Risos)*

**Mais alguma coisa?**

*Não, não... Só isso.*

### **Entrevista 13**

**Sexo:** *Feminino.*

**Idade:** *33.*

**Tempo que trabalha como ACS:** *4 anos.*

**Você mora no território onde você atua?** *Sim, na comunidade Santa Maria.*

**E você mora lá há quanto tempo?** *Desde que nasci.*

**Antes de trabalhar como agente comunitária de saúde, você teve alguma outra atividade, trabalhava como o quê?** *Eu trabalhava na Drogaria Pacheco, trabalhava no caixa. Depois eu passei pro balcão, mas eu não fiquei muito tempo.*

**Você está atualmente estudando?** *Agora no momento não, mas ano que vem, se Deus quiser, eu vou começar. [Vai começar o quê?] Vou começar a faculdade de administração. [Você tem algum curso técnico?] De enfermagem. [Já atuou como técnica de enfermagem?] Não. [Mas já terminou, já é formada?] Já, já...*

**Me conta um pouquinho como é sua rotina de trabalho.**

*Então, eu vou tentar amenizar um pouquinho. (Risos) Então, a nossa função do agente comunitário é fazer acompanhamento com os pacientes, quer dizer, gestante até o falecimento do idoso. A gente faz acompanhamento em casa também, a gente faz visita domiciliar. A gente faz algumas perguntas. Dependendo da situação do paciente, se ele for hipertenso e diabético... paciente como gestante também, criança também até 5 anos, a gente faz visita domiciliar uma vez por mês. E, além da gente fazer visita, a gente faz visita também junto com médico e enfermeira e técnica de enfermagem também quando for preciso. E o agente comunitário também, além de fazer visita, a gente fica no guichê pra fazer o atendimento na unidade, no posto de saúde, que é estratégia de saúde da família e a gente acolhe os pacientes para o atendimento ao médico, enfermeiro e técnico. E a gente também faz até a parte administrativa aqui, a gente dá entrada no SISREG, pegando a guia e anotando os dados pra poder dar entrada. Ah... a gente também faz alguma participação nas reuniões, a gente faz o grupo de tabagismo, a gente participa também. E... é que eu não sei o nome que se dá, acho que eu esqueci... é... a gente além do paciente ficar esperando, a gente faz uma brincadeirinha. O paciente fica se distraindo um pouco, não se preocupa muito com o horário – que às vezes também demora – a gente faz umas brincadeirinhas que é um grupo também. Ah, a*

gente também faz o grupo de diabetes, gestante, hipertenso... criança a gente ainda não temos. Além também que a gente participa também do grupo de educação física, que fica ali no museu ali do Palácio do Catete. [Academia carioca?] Isso. Não, isso aí não, isso aí já é outra coisa com o Raul. [Ah tá, vocês fazem junto com o Raul?] Uhum. Ele orienta os idosos também, a gente participa também. Faz lá uma ginástica. (Risos) E é isso.

**E em relação às visitas, como é que você programa? Você faz alguma programação das visitas que você vai fazer?**

Então, a gente se encontra no acolhimento. O paciente chega e fala que está precisando de uma visita pra mãe, pra irmã, pra gestante também e a gente comunica... o agente comunitário comunica isso na reunião. Aqui, por exemplo, é na quinta-feira de manhã. Aí na reunião cada agente comunitário fala o que tem que falar, o que a gente passou durante uma semana – que a reunião é de semana em semana – e a gente comunica o médico, a enfermeira... aí eu vou ver qual é um deles que tem agenda que possa ir junto com o agente comunitário. Aí a gente marca o dia e o horário e durante uma semana, antes do dia da visita, a gente liga pro paciente e avisa: “Olha, a gente vai fazer uma visita... Eu sou a agente comunitária X, vou fazer a visita junto com uma médica, Z, ou com uma enfermeira ou com uma técnica. E é isso.

**E as suas visitas que você faz sozinha, você faz alguma programação delas, não?**

Então, eu faço visita pra hipertenso, diabético, gestante e criança. Esse caso sim... na verdade eu faço uma programação só pra mim mesma. Eu falo com os pacientes o dia certinho que eu vou poder ir e que eles também têm tempo pra poder me receber. Aí tem alguns que tem o dia certinho e tem outros que não. Aí eu ligo antes: “Ó, eu tô indo tal dia e tal horário, tudo bem?” “Ah tudo bem.”

**Alguma outra pessoa participa dessa programação ou você que programa pra você mesma? Alguém te ajuda a programar?**

Eu acho que cada um tem o seu jeito, né? Tem alguns que ligam mesmo, outros que sabe o dia... isso depende muito, depende muito do agente.

**Tem algum grupo de família ou pessoas que é priorizado nessas visitas que você faz?**

É, porque, na verdade, a gente não consegue nem ver a família toda, né? Quando a gente faz uma visita, a gente liga: “Ah, eu quero fazer uma visita com tal ‘fulano’”, mas “tal fulano” não está, então vai outra pessoa. Então não está a família toda. Então, eu considero aquelas pessoas que me receberam em casa. Por exemplo, “Ah, uma família tem duas hipertensas”, aí eu vou fazer uma visita para as duas hipertensas, “Só que só tem um”, aí eu programo pra outro dia. Mas muito pouco a gente consegue encontrar a família toda.

**E quais são as prioridades?**

Hipertenso, diabético, gestante, tuberculose... eu até esqueci... criança de 1 a 5 anos.

**Fora essas priori... [Ah, desculpa. E acamados. (Risos)] Fora essas prioridades, na sua opinião, teria que ter algum outro tipo, algum outro grupo que talvez tivesse que ser priorizado também?**

Olha... sim. Só que o problema é que a gente não consegue dar conta. [Não consegue dar conta o quê?] Como a gente faz uma visita ao mês no hipertenso, diabético, gestante e criança, e só olhando assim parece que o é um número pequeno... o número que a gente tem a gente não dá conta em um mês. O que que eu faço? Quando eu faço uma visita no hipertenso, no diabético, na família, encontro três pessoas: um é diabético e eu conto aquelas duas pessoas como visita, mesmo se a pessoa não tiver nada, também conto e isso vai crescendo o número também. Então eu também consigo priorizar essas pessoas mesmo eu não encontrando todas elas, mas aquelas que eu consigo, eu coloco visita. Mas não dá conta, é muita gente. (Risos)

**Tem algumas famílias, algumas pessoas que você percebe que precisam mais da atenção do agente comunitário do que outras?**

(Silêncio)

É porque eles já colocaram hipertenso, diabético e gestante, a gente já... Bem, eles gostam muito de conversar, então eu acho que eles querem que a gente aparece mais, comunica mais como funciona a estratégia... só que, assim, prioridade prioridade acho que não precisa, assim, ao meu ver. Só quem mesmo quem eles indicar: pessoa hipertensa... [Eles quem?] O meu trabalho, né? Então, esses sim pra mim é prioridade. [Você acha que são essas mesmo as pessoas que mais precisam, né?] Isso.

**Você trabalha na comunidade ou no asfalto?**

No asfalto. [Sempre trabalhou no asfalto?] Não, já trabalhei na comunidade, já mudei de equipe umas três vezes. Eu era da comunidade, mas aí passei pro asfalto.

**E como você consegue reconhecer as pessoas que mais precisam de você? Aqueles que precisam de mais atenção...**

*Como é que eu sei? [É.] Eles me procuram. (Risos)*

*É, então, como... eu tenho uma área que eu pego a Silveira Martins, que é a própria rua em frente à unidade eles mesmo chega na unidade e pergunta a quem estiver na frente ali e eles explicam: “Ó, a sua agente comunitária é a X”, aí alguém informa: “O dia dela é tal dia e tal horário no acolhimento. Você consegue encontrar essa pessoa aqui.” Assim. Aí, me acha, aí fala: “Eu tô precisando, você que é a X, agente comunitária?” Eu: “Sou”. “Então, eu moro na rua Silveira Martins, eu tô precisando de uma consulta pra minha amiga, parente...”, enfim... e é assim que eu passo a conhecer. Aí eu marco o dia da visita, eu vou lá, conheço a pessoa e o histórico, dependendo do que seja aí eu comunico pra médica e assim vai. [Então elas te procuram aqui porque é próximo na verdade, né?] Isso.*

**O que você entende quando a gente fala assim: “pessoas vulneráveis”, “famílias vulneráveis”... no seu entendimento, o que que seria?**

*Olha... eu entendo assim... Vulnerável? (Risos) É... Eu, ó... Vou pegar um caso. [Isso, pode dar exemplo que fica mais fácil.] Vou pegar o caso de duas pacientes que elas são idosas, então elas mal conseguiam andar direito e eu cheguei a ir... foi da ouvidoria, acho que foi da ouvidoria... aí acabei levando uma médica pra lá. São duas idosas que não conseguiam andar direito. Não sei como elas conseguiam conviver as duas juntas. E eu sei que como elas estão idosas, elas não sabiam como pedir socorro, então foi aí que a gente chegando lá, aí começamos a informar e tal. Eu acho que, assim... esse caso são duas idosas que não estavam conseguindo cuidar uma da outra, então esse é um caso muito exemplar. [A ouvidoria foi de quê?] Então, eu não lembro muito bem se eu fui de ouvidoria ou se eu fui do ministério. Mas acho que foi do ministério. Eu acho que porque, assim, os vizinhos ficavam reclamando de um mau cheiro, aí acho que ligaram pra lá, aí a gente recebeu um e-mail. Aí a gente foi lá pra saber do que se trata.*

**Qual é a importância do agente comunitário na identificação dessas famílias?**

*Então, a gente... por exemplo, eu adoro esse trabalho. (Risos) Eu acho que esse trabalho foi feito pra mim. Eu adoro, assim, cuidar das pessoas. Principalmente crianças e idosos, também. Porque, assim, eles precisam muito da gente. Não só como médico. Porque eles gostam que a gente fica do lado, a gente gosta de conversar... até pra abrir um sorriso pra mim. Nossa, a gente acha gratificante. E, assim, cuidar das pessoas, entendeu? Acho que “cuidar” já é a palavra, assim, exemplar da pergunta. Adoro criança, eu gosto de chegar... mesmo que se não tiver precisando eu estou ali pra perguntar: “Tá precisando de alguma coisa?” “Não, não preciso.” Aí eu falo: “Ah, tudo bem.” Sabe, eu gosto de chegar ali. Eu gosto de chegar perto daquela pessoa. E, principalmente, daquela que precisa mais, né? Aí eu tenho que estar ali. Mesmo se não tiver ninguém pra ajudar, mas eu tenho que estar ali, do lado e ela não vai ficar só. Vou ficar ali até alguém ajudar aquela pessoa.*

**Quais são essas que precisam mais assim?**

*Idosos, acho que mais idosos. Eu, por exemplo, lembrei de uma paciente, nossa... Ela vivia também com uma irmã, só que ela faleceu e acabou também ficando sozinha. E ela ficou com depressão, deixou ela mais triste, né? E ela ficou muito em casa assim, de cama. As pernas dela foram meio que atrofiando. [Atrofiou?] Uhum. Aí eu comecei a fazer visita e como ela morava só eu falava assim: “Gente, essa senhora não pode ficar assim. Tem alguma coisa errada.” Aí eu falei... na verdade foi ela que me indicou: “Ah, eu tenho uma prima e tal.” Passei pra médica, a médica fez visita, a gente fez acompanhamento. Só que eu fiquei tanto com ela que, assim... eu fazia visita às outras, mas ela pra mim foi a prioridade. E eu fazia a visita e depois eu ficava com ela. Tipo assim, como se tivesse acabado a visita, mas eu ainda estou ali, entendeu? Era pra mim estar saindo. Fiz a visita, fiz algumas perguntas, mas eu fiquei com ela, eu falei: “Está precisando de comer alguma coisa?” Nossa, eu fiquei quase duas horas na casa dela pra ajudar. E eu não queria sair de lá. (Risos) Aí eu falei assim: “Gente, eu não consigo sair daqui.” Aí eu falei com a síndica: “Por favor, fica aqui que eu preciso sair que eu não consigo deixar ela sozinha.” Aí no outro dia fiquei sabendo que a prima veio e começou a cuidar dela e eu estou mais tranquila. Nossa foi uma situação horrível. E eu não gosto desse negócio de abandono também... e outra, a prima chegava cuidava dela e começou a maltratar a paciente. Eu fiquei sem reação, eu olhava pra ela: “Gente, como é que pode uma pessoa maltratando uma senhora?” Aí eu comentei com a minha enfermeira... aí ela conseguiu dar um jeitinho nessa situação e ela acabou sendo internada.*

**Isso que eu ia te perguntar... se a equipe tem algum espaço, né?, pra discutir esses casos que você considera mais importante...**

*Sim, na nossa reunião mesmo. Porque toda equipe tem uma reunião, cada um tem o seu dia, o horário diferente. Então, na reunião que a gente passa todas as informações. E a nossa reunião fica de nove até meio dia, então é*

*muito assunto. (Risos) Eu então tenho muito assunto pra passar. Em uma semana a gente tem sempre uma novidade pra passar na reunião*

**E quando você identifica uma família, uma pessoa quais são as ações propostas? Você já contou um caso que é dessa senhora que acabou depois sendo internada, né? Teve algum outro caso que você lembre assim que a equipe atuou junto, mais próximo?**

*Tem de outro agente... [Pode contar.] Deixa eu ver... Ah, fora os falecimentos, né? Tem casos também que a gente só consegue acompanhar até certo ponto e depois a gente passa pra outra pessoa, outro local. Então, por exemplo, internação, aí a gente manda... A única coisa que a gente consegue ver é que ela foi internada, tal local, tal dia... E daí é só por conta deles. [17'22'' – ÁUDIO INCOMPREENSÍVEL – 17'25''] Acho que só esse caso mesmo.*

**Você acha muito diferente trabalhar no asfalto e na comunidade?**

*Olha... no início foi um pouco complicado, porque, assim, a minha parte é a área mais... não a área mais nobre... da minha equipe... que é a Silveira Martins... Assim, como eu passei... eu era da comunidade e eu mudei de equipe pra X, que é no asfalto, eu já pensei logo: “Nossa, eu acho que não vai me receber bem. Por que? Porque, assim, eles pensam muito assim: “Ah, eu tenho plano de saúde. Não vou precisar do posto. Então, pra quê?” Aí eu sempre quando vou fazer uma visita eles falam isso. Mas eu falo: “Mas todo mundo tem esse acesso, todo mundo pode ter acesso ao posto, mesmo se a pessoa tiver plano de saúde. Não tem problema.” Tem alguns que querem, outros não. Aí aqueles que não, eu ainda explico: “Olha, não quer nem fazer o cadastro? Que um dia você pode precisar. Deixa eu pelo menos fazer seu cadastro. Se não quiser eu nem faço a visita domiciliar, mas deixa eu fazer o cadastro. Quem sabe um dia. [18'40'' – ÁUDIO INCOMPREENSÍVEL – 18'44''] O início foi chato por causa disso, mas depois aos poucos eu fui conhecendo. E acabou que todo mundo veio pra cá. Mesmo quem não veio deve me procurar depois de um tempo.*

**E o tipo de situação que você encontra de dificuldades assim... é diferente nos dois locais que você trabalhou ou não?**

*Não, até que não... mesmo problema...*

**Tem mais alguma coisa que você queira acrescentar sobre esse tema, sobre esse assunto? Que eu não perguntei?**

*Não, mas qualquer coisa, assim, se e me lembrar, eu peço pra você ligar. (Risos)*

#### **Entrevista 14**

**Sexo:** *Feminino.*

**Idade:** *23.*

**Tempo que trabalha como ACS:** *É... vai fazer... tem 3 anos. Desde 2011.*

**Sempre na mesma equipe?** *Sempre..*

**Antes de ser agente comunitária você já trabalhou com alguma coisa?** *Sim. [Você trabalhava com quê?] Consultório dentário. Recepcionista.*

**Você mora na sua área de atuação?** *Sim. [Há quanto tempo?] 23 anos. [Desde que nasceu.] Desde que nasci.*

**Atualmente você está estudando?** *Sim. [Está estudando o quê?] Enfermagem. [Faculdade mesmo?] Sim. [Você tem algum curso técnico?] Não. [Está na faculdade, né? Está começando, acabando...?] Já estou acabando, graças a Deus. [Ah é? Que bom!]*

**Me conta um pouquinho como é sua rotina de trabalho. Como se eu não soubesse. O que um ACS faz, como é a sua rotina de trabalho?**

*O ACS faz visita domiciliar, né? Entrega o SISREG. Na verdade, a primeira rotina é vir aqui, né?, bater ponto todos os dias. Depois tem o acolhimento. Aí a gente sobe, faz as visitas. Atende os hipertensos, diabéticos que são mais vulneráveis, crianças e gestante e idoso, né?, acamado. As outras pessoas a gente pode passar de 3 em 3 meses, 4 em 4 meses, se ela não tiver nenhuma morbidade. E a gente faz visita domiciliar com o médico, com o enfermeiro, com o técnico.*

**E como que é feita a programação das suas visitas? As suas, as que você faz. Você mesma programa?**

*Não, eu não programo, porque muitas das vezes se a gente programar e for na casa, muita pessoa não tem. Então se já é programado, né?, você vai naquelas casas, se não tiver você já perdeu uma visita. Sabe?*

*Eu subo enquanto as pessoas olham na porta e está: “Ah... tudo bem senhora, posso entrar?” E vou conversando um pouco assim e subo.*

**A sua área é comunidade ou asfalto?**

*É comunidade.*

**Existe algum grupo de família, alguém que você prioriza nas visitas? Você já falou alguns: hipertensos, diabéticos... Quais são priorizados assim?**

*Priorizados priorizados se você não tiver tempo de fazer mais nada, crianças menores de dois anos, gestantes, diabéticos e hipertensos, idosos e acamados.*

**Fora esses grupos assim que tem. Que tem que fazer... tem ficha B e tudo... na sua opinião teria algum outro grupo que deveria ser priorizado também?**

*Pro agente comunitário? [É, uhum.] Eu acho que, assim, adolescente também seria um bom grupo pra poder orientar sobre algumas coisas, entendeu? [Por que?] Adolescente que está começando a vida sexual, oferecer o que a gente tem aqui de métodos contraceptivos, essas coisas assim... [É uma realidade que você encontra, né?] É.*

**E você percebe, assim... se existem famílias, assim... famílias ou pessoas que precisam mais da atenção do agente comunitário do que outras?**

*Sim. [E como é que é isso, assim? Como é que você percebe isso? Como você sabe que elas precisam de mais atenção?] Por exemplo, tem até um paciente que eu estava falando agora que foi à óbito. Ele era um paciente que eu fazia DOTS ele tinha HIV e não aceitava, ele tinha tuberculose e ele aceitava só por causa do remédio, mas ele achava que o diagnóstico estava errado, que não tinha nada disso... então ele era uma pessoa que merecia mais da minha atenção, então todo dia eu visitava ele, todos os dias. Porque eu achava ele vulnerável. Também não sabia, ele tinha mais problemas e esse tipo de pessoa assim merece mais da nossa atenção. Ele era uma pessoa muito difícil. Então, assim, alguns pacientes que estão com alguma doença que não seja doença crônica, entendeu? [Por exemplo?] Eu tinha uma tia que estava com câncer de mama, então era uma pessoa que merecia um pouco mais de atenção. [Mais alguém que você lembre assim? Que você identifique que precise ver mais vezes...?] Não. Fora criança, essas coisas assim não.*

**E o que você entende quando a gente fala “família vulnerável”, “pessoa vulnerável”? Na sua concepção o que que é?**

*Família vulnerável é quando ela precisa um pouco mais de atenção nossa, quando elas têm alguns riscos de algumas coisas... [Quais seriam esses riscos? O que você consideraria... você entra assim e vê: “Puxa, essa família aqui vai precisar mais.” Que que chama a sua atenção assim?] O que chama a minha atenção... Eu tenho família assim que é muito complicada, eles brigam entre si, eles não se ajudam. Por exemplo, é uma senhora de idade com um monte de... com filhos e netos na mesma casa. Eles se xingam, eles fazem... assim... a filha não ajuda a mãe, a mãe é uma senhora de idade com pouca visão, não enxerga de um olho, vive cansada e “nãñã” e a mãe sempre reclama que a filha não ajuda, entendeu? “Ah, porque eu tenho que ir no médico, quem vai me levar?” Essas coisas assim. Ela recebe visita domiciliar em casa. É uma pessoa que anda, que faz tudo, mas que não tem a ajuda de ninguém pra sair. [Ela é deficiente visual?] Deficiente visual e, assim, até a médica pediu pra ela fazer um eco e ela não teve ninguém que levasse ela, sabe? Então eu acho que famílias assim... ela também é hipertensa... então eu dou mais... o marido dela também, eles se xingam. É muita coisa assim.*

*[Alguma outra família que você lembra, assim, que precise de mais atenção que você considere mais risco, assim, que você falou, né?] Eu tenho uma família que o filho... a família é muito grande, só que o que mora é o pai, a mãe, três filhos homens, uma filha mulher e um neto. São dois filhos homens dela têm esquizofrenia e o marido dela também. Então, é uma pessoa também que recebe muito a minha atenção, assim como do médico, entendeu? Eles recebem muito da nossa atenção. Eu sempre estou indo lá... O nome de um dos esquizofrênicos, o nome dele... foi o que tem esquizofrenia a mais tempo, eu vou lá: “L., vamos tomar um banho. Vai tomar um banhozinho.” Porque ele não toma banho, ele não faz a barba, ele não quer fazer nada. Então, às vezes eu vou lá e dou uma injeção de ânimo dele: “Vai L, vai tomar banho. A médica vem aí. Ó, você está sujo. Você vai receber a médica sujo?”, aí ele vai e toma banho. “Tá parecendo um mendigo aí, L. Vai cortar o cabelo, vai fazer a barba.”, entendeu? Então são pessoas que já merecem um pouco mais da minha atenção, eu acho.*

**Qual é a importância do agente comunitário na identificação dessas pessoas assim, na sua opinião?**

*É, a importância é que a gente percebe e traz o problema pro médico, pro enfermeiro pra eles poderem tomar as providências, né?*

**Tem algum espaço, algum tempo reservado pra discutir os casos que você considera importantes?**

*Sim, na reunião de equipe. [E são discutidos?] São.*

**E quando você identifica, né?, você leva pra reunião assim, quais ações que são propostas? O que que... você lembra de algum caso que a equipe se mobilizou pra...?**

*Ué... desse paciente, quando eu trouxe o problema, eles já foram na casa, já... até fez uma visita domiciliar com o psiquiatra e já passou o remédio e ele até melhorou muito, porque além de esquizofrenia, ele tinha meio que um tique nervoso que ele não parava assim, e ele não dormia. Então tudo isso melhorou muito nele. Ele não tomava banho, hoje em dia ele já toma. Não com tanta frequência, mas já toma.*

*Também tem um outro que é usuário de drogas, então a gente se mobilizou com ele também, trouxe o caso pra cá, aí foi o redutor de danos até ele, essas coisas assim... [Quem que é o redutor de danos?] Não, hoje não tem mais. [Quem que era essa pessoa? Eu não conheço.] Era o D, era um redutor de danos. Ele... [Agente comunitário?] Não, redutor de danos mesmo. Você nunca conheceu um redutor de danos? [Não, não...] Ele vinha aqui, escutava, assim, os problemas de drogas, álcool essas coisas. E tinha vezes, assim, dava uma solução pra gente de como chegar nessa pessoa pra trazer até aqui, pra fazer... como é que se fala, é... alguma atividade pra reduzir o dano das drogas, né? Essas coisas assim. [Aí ele foi nesse...] É, mas a pessoa meio que não queria ajuda, sabe? Não quer, ainda não quer...*

**[Mais algum caso que você lembre que te marcou?] Me marcou também... tem outro caso que era a mãe e um monte de filhos e netos também. Ela morreu com tuberculose e HIV, o filho... um dos filhos, também, ele era morador de rua, aí pegou tuberculose também, foi pra casa, morreu... tuberculose e HIV também... e aí sobrou os outros filhos. Era um menor de idade que é até esse que eu estou te falando das drogas, ele era menor de idade com duas irmãs menores de idade também. E tinha algumas irmãs, duas irmãs, que eram maior de idade. Só que as duas foram viver a vida Deixou três crianças menores de idade em casa, sozinhos. Aí a tia, que é vizinha, pegou as duas menores pra criar e esse menor, que é esse da droga, ficou em casa sozinho. Entendeu? Agora uma das irmãs com um monte de filho que ela tem, voltou pra casa. [E como é que você se aproxima dessa família assim?] Eu já... por eu morar... na verdade, na micro área que eu atuo, eu moro. Então por eu morar nessa área, eu já tinha contato com eles antes de entrar aqui, entendeu? Até porque uma dessas irmãs desse menino, ela foi namorado do meu primo e tem três filhos do me primo. Um primo meu que, por coincidência, também é usuário de droga. [Então você já conhecia antes?] Já conhecia antes. [E aí... eles aceitam, assim? Você acha melhor conhecer ou não conhecer? Porque algumas pessoas falam que é melhor não conhecer, porque...] Se isso fosse um problema, eu estava ferrada, porque eu conheço a minha área toda, entendeu? Se fosse um problema, eu estava frita. (Risos) No começo, quando eu comecei aqui, antes de mim, tinha um agente de saúde, ele atuava na mesma área que eu. Tipo assim, ele estava pra sair, quando me chamaram, então eu fui atuar na área dele, mas ele me apresentou muita coisa. Teve uma pessoa que não queria que eu atendesse ela de jeito nenhum, porque achava que como eu era da comunidade, que eu era uma fofoqueira, que eu ia contar tudo da vida dela pros outros, então... ela não queria que eu fosse agente de saúde dela. E ela, por muito tempo, não me aceitou. Depois eu fui entregando o SISREG: "Ah, fulana eu estou entregando seu SISREG. Qualquer coisa que você precisar, pode me procurar..." Eu fui fazendo assim e hoje ela me aceita. Ela não se abre muito, não fala muito da família dela... até porque agora ela deixou os filhos com o marido e foi morar fora do Brasil, entendeu?**

**Tem alguma coisa que você queira acrescentar sobre esse tema? Alguma coisa que eu não te perguntei que você queira falar?**

*Não.*

## Entrevista 15

**Sexo:** *Feminino*

**Idade:** *30*

**Há quanto tempo você trabalha como ACS:** *Trabalho desde março do ano passado, 2013... 2014. [2014?] Isso. Vai fazer um ano.*

**Você mora no território?** *Eu moro na Santo Amaro, na comunidade Santo Amaro aqui na Glória, mas eu trabalho no asfalto. Trabalho na comunidade. Eu pego a área da Silveira Martins que é aqui na unidade do posto, até a Augusto Severo mais a Barão de Guaratiba e rua do Russel.*

**E há quanto tempo você mora na Santo Amaro?** *Eu moro na Santo Amaro há 8 anos.*

**Antes de ser agente comunitária, você já trabalhou com alguma outra coisa?** *Eu trabalhava como... trabalhava inserindo o SISREG também pela parte da saúde e trabalhei como telemarketing. [No SISREG você trabalhava como administrativo?] Isso, administrativo, no centro de medicina nuclear da Guanabara. Na parte do SUS.*

**Atualmente você está estudando?** *Atualmente eu faço curso de cabeleireiro. [Você tem o...?] Ensino Médio Completo. [Tem algum curso técnico?] Técnico não. Só de cabeleireiro. [Cabeleireiro que está fazendo agora. Tá.]*

**Me conta um pouco como é sua rotina de trabalho.**

*A rotina é bem... ela é... ao mesmo tempo que ela é difícil, né?, ela é prazerosa. Às vezes, em alguns momentos, a gente ajuda, assim, as pessoas... consegue ajudar, porque a população é muito grande e não consegue ajudar todo mundo. Às vezes vai na casa do paciente e fica meio frustrado, porque a gente vai na casa do paciente tentando ajudar, aí a pessoa espera uma ajuda muito grande da gente e a gente não tem como ajudar. Paciente acamado, não tem como levar ao médico. Ele precisa do médico toda semana e a gente não tem essa possibilidade. A saúde também não tem como dar a todos os pacientes. Aí eles ficam cobrando da gente...*

*Às vezes eu me sinto frustrada, assim.... que às vezes manda alguém, gente que não tem nem comida em casa. Na minha área é bem assim.... ela é bem pobrezinha, tem área ali que é bem pobrezinha. Às vezes eu vou na casa do paciente e fala assim: "a gente não tem nem comida em casa direito", não tem biscoito, não tem nada. Mas aí ele pede pro vizinho trazer alguma coisa assim: um biscoito, alguma coisa pra mim assim. Eu sei que... assim.... de me agradar pra mim ajudar ele, entendeu? Mas eu, às vezes, não tenho como dar esse retorno, de levar ao médico toda semana... aí isso é meio difícil. Mas é bom.*

**Como é que você faz a programação das visitas que você tem que fazer?**

*A minha programação, eu visito primeiro os hipertensos, faço a entrega do SISREG e sempre tem os hipertensos junto. Aí faço os hipertensos, aí faço os diabéticos... geralmente alguns eu faço junto, geralmente quem é hipertenso e diabético também. Aí das gestantes, crianças eu faço sempre no final do mês. No finalzinho assim do mês, lá pro dia 20 eu começo a fazer. E fora os acamados que eu vou sempre no início do mês... tem acamado que eu vou três, quatro e até cinco vezes no mês na casa dele... são próximos. E TB que eu só tenho um, mas ele vem à unidade, eu não vou na casa dele não. Ele prefere que ele venha à unidade. [Aí ele vem todo dia?] Ele vem todos os dias. Ele é um pouco rebelde, né? Aí ele fala que vai viajar, aí ele pede a medicação por 15 dias, 10 dias... isso aí a gente libera, porque tem que se tratar, né? Se bebe ou não bebe, aí... mas ele está bem melhor.*

**Mais alguém participa dessa programação das visitas, você programa sozinha?**

*Ah, o enfermeiro, técnico de enfermagem e médico também. Não todas as vezes, só nos que são solicitados, que é bem... mas a maioria, eles participam sim. [Mas, por exemplo, se você for fazer visita hoje, aí as pessoas que você vai foi você que...] É... uma vez por semana tem a VD do médico. Aí ele se distribui, né? Duas semanas, ele vai com dois agentes de saúde. [4'35'' – ÁUDIO INCOMPREENSÍVEL] que são críticas, né? Aí eles vão, aí tem o agente de saúde, tem a VD também da técnica e da enfermeira.*

**Você falou um pouco, né?: Existe algum grupo de famílias de pessoas que são priorizadas nas suas visitas?**

*Os acamados. São priorizados. A maioria deles assim... eles... tem uns que vivem só, ficam sozinhos, ficam lá a semana toda. Os vizinhos é que tomam conta, levam comida... O dinheiro que eles têm é só pra pagar o aluguel. Não tem dinheiro pra comer, medicação... Aí a gente que leva. Eu que levo, na verdade.*

**Fora os acamados, assim... tem algum outro grupo que você acha que deveria ser priorizado?**

*Os idosos, né? Não só os acamados, mas deveriam ser priorizados... Até então não tem uma visita... acho que, se eu não me engano, é anual a visita deles... ou é de 6 em 6 meses... [5'47'' – ÁUDIO INCOMPREENSÍVEL –*

5'50'] Mas eles também deveriam ser priorizados. [É, por que?] Porque eles são... como é que eu posso dizer?... a maioria são os acamados de amanhã, né? A gente dando uma... às vezes eles vêm aqui pedir uma consulta... mas nem uma consulta eles sabem pedir... tem que indagar eles: "Ah, eu quero uma consulta." "Mas pra quê?" "Ah, pra pegar um remédio.", "Mas pra quê?", "Não, porque eu não estou me sentindo bem." "Mas o senhor está com dor aonde?" Tem que sempre ficar puxando deles, que eles nunca chegam e falam: "Ah, eu estou com uma dor aqui... tá respondendo ali..." Eles não falam o que que é. Ai muitas vezes vem aqui, a gente não tem como programar uma consulta pra eles, porque eles sempre vêm... às vezes vêm toda semana, três vezes numa semana só... A gente acaba não colocando: "Ah, eles estão... não, já veio aqui na semana passada... já veio aqui ontem." Realmente eles não têm nada, mas eles não sabem falar, assim, o que realmente eles estão passando. Hoje eles falam que estão com dor nas costas, aí vão pra casa, recebe o remédio de dor nas costas, amanhã eles vêm com dor na cabeça, eles não falam o que eles têm tudo de uma vez. Com a gente indo na casa do paciente, os idosos e perguntando pra eles, vendo a rotina deles, a gente vai saber e vai passar isso pro médico. Entendeu? Ai melhoraria até o atendimento também.

**Você percebe se existem famílias ou pessoas que precisam mais da atenção do agente comunitário do que outras?**

Ah, existe... [Por exemplo?] Na minha área tem... eu... na minha área, na rua Russel, eles... é o quê? É uma invasão. Nessa invasão tem muitas famílias distintas. Tem família que mora num quarto grande que... molde de um apartamento de dois, três quartos, com banheiro, tudo... porque essa invasão é um prédio antigo. Vive bem, tem aquela família que vive bem. E a outra mora num quarto pequenininho, que vive nove, dez pessoas dentro, com deficiente, com criança de um, dois, três, quatro... tem gente até que tem sete filhos... garota tem sete filhos morando dentro de um quarto só, não trabalha, vive de furto, entendeu? E eles, assim, eles merecem bem a nossa atenção, embora a gente dá atenção que é padronizada. Mas eles merecem atenção. Merecem a atenção de um assistente social... às vezes é até difícil de... eu mesma fui nessa... quando eu descobri, né?, esse local, que a minha área é muito grande, como se fosse o Catete mais a parte da Lapa, é imensa. E a Barão de Guaratiba, como se fosse a comunidade do Santo Amaro toda, só minha. Muito lugar ali eu ainda não conheço.

Lá, quando eu descobri, foi difícil de eu chegar, porque lá era uma invasão e muitas pessoas falavam: "Olha, cuidado de você chegar lá com o seu... de agente de saúde, pode confundir você com alguém da prefeitura e tal... Ai fui chegando, fui chegando... depois levei os médicos, levei a enfermeira... Mas lá é crítico, bem crítico.

As meninas, assim.... as crianças sofrem maus tratos, não assim, de bater não, de ficar jogado o dia todo dentro de casa, bebezinho, de não comer... da última vez que eu fui lá, acho que estava todo mundo com surto de sarna... E é bem, bem crítico mesmo o estado deles.

Lá tem uma deficiente que ela vive no chão... ela vive no chão da casa. É um quarto, mais ou menos, assim, dois por dois, vivem nove pessoas dentro e tem essa deficiente. Ela vive no chão. Ai eu pedi, falei que ia acionar todo mundo pra ir lá. Ai ela pediu... ai ela como nós... ela não me ameaçou, entendeu? Mas ela falou assim: "Não, é melhor você não pedir pra ninguém vir aqui." Ela não tem documentação, não tem nada. Ai eu chamei as enfermeiras pra ir lá e tal. Quando a gente chegou lá, ela já não estava mais lá. Tinham tirado ela. Ela falou: "Realmente eu tirei ela, botei em outro quarto porque eu fiquei com medo de uma assistente social chegar aqui e tomar ela. Eu não vivo do dinheiro dela... eu não vivo do dinheiro dela, até porque ela não tem documentação, ela não tem dinheiro, não tem nada. Mas a mãe dela me criou e eu tenho essa responsabilidade de criar ela. Eu não quero que ela vá pra um abrigo. Sei que se alguém chegar aqui, vai levar ela." E realmente iria levar. Ai eu... ai a gente meio que não tinha muito o que fazer mais, porque toda vez que a gente chegava lá com alguém, ela escondia a menina. Ela mostrava pra mim, mas pros outros ela não queria mostrar. A gente acabou... eu acabei por... pra mim poder ir lá, eu acatei a vontade dela, né? Ela falou que ela iria procurar uma assistente social pra ir fazer isso e, recentemente, agora no ano novo, eu encontrei ela na rua, ela falou pra mim que ela arrumou... os filhos dela também não tinham identidade, não tinham CPF, não tinham nada, nem ela... ela fez os documentos dela todinhos e já tinha uma assistente social que era amiga dela e que estava fazendo da menina também. Que assim que ela fizesse, ela ia pedir pra eu ir lá pra levar o pessoal lá pra conhecer. Eu falei: "Ah, que bom! Melhor!" Tornou-se um vínculo, né? Assim comigo. Ela falou que confia em mim, às vezes ela pede assim: "Ah, C, tem como ver..." Ai eu peguei coisas da minha filha, esses tatame de criança, esses tapetinhos... dei pra ela... botou pelos cantos da casa pra ela não ficar se batendo... que ela é enorme, ela é mais ou menos do seu tamanho só que ela fica toda... ela fica desse tamanhozinho assim, toda enroladinha... se tu olhar, tu fica apavorado. Impacta muito.

Fora os outros pacientes também, que são psiquiátricos, tem que ir na casa, né? Ai a maioria das vezes eles mesmos já sabe que tem surto, né?, eles atendem a gente na porta, eles não sobem, não pedem pra gente subir: "Não, vou aí com você." Ai qualquer coisa que a gente fala que eles não gostam, eles gritam... entendeu? Mas é bem legal o trabalho. Eu gosto.

**A próxima pergunta é: como que você reconhece essas famílias que precisam mais de você. O que você costuma prestar atenção? O que te chama a atenção?**

*Ah, chama a atenção primeiro na casa, né? Porque embora, assim, se a gente entra numa casa, se é pequena, mas a casa ela é toda organizadinha, as crianças são tudo arrumadinha... não precisa estar arrumada, mas estar limpinha... que não esteja só de sunguinha ou calcinha, está tudo bem. Mas não, a maioria das crianças é bem... porque as crianças ficam jogadas, os dentes, criança está com falta de dente... os acamados jogados, também... e às vezes nem isso, às vezes até paciente mesmo normal, que a gente pensa aqui na unidade: “Ah, porque mora no Largo do Machado... mora no Catete...” tem uma vida... eu moro na comunidade, eu sei como é. É totalmente... a imagem é totalmente distorcida, porque lá em cima, as pessoas vivem bem melhor do que as pessoas aqui de baixo. Muito melhor. A qualidade de vida é até melhor. A casa é melhor, os móveis são melhor, a alimentação é melhor... tem gente que abre a geladeira pra gente ver, porque eles estão passando necessidade, porque quer um tal de medicamento que o SUS não dá. Entendeu? Aí eles mostram a necessidade deles. Eles mesmo mostram, não precisa nem a gente... E tem as pessoas também que bloqueia. Quando bloqueia, a gente não ir na casa: “Olha, vou te atender na portaria.” Mas sempre tem um porteiro que fala: “Olha, tenta ir na casa daquela pessoa ali, porque ela vive nessa situação...” Sempre tem isso. [O porteiro ajuda muito, né?] O porteiro ajuda demais. (Risos)*

**Assim, quando a gente fala... O que você entende, na sua concepção de famílias ou pessoas vulneráveis? Pra você o que que é, assim?**

*Vulneráveis? Ah, acho que as pessoas mais vulneráveis são essas, que vivem sem uma documentação, sem trabalho. Então, assim, trabalhar e não ter o que... ter pelo menos o que comer ou o aluguel. Porque a maioria daqui é tudo aluguel. Não tem uma casa própria, propriamente. Mas assim, a pessoa que não tem um trabalho, não tem uma documentação...*

**Qual que é a importância do agente comunitário na identificação dessas famílias?**

*Ah, eu acho de suma importância, porque primeiro a gente tem que ter um vínculo com eles, né? Como eu falei anteriormente... Eles não é... bater na porta deles uma vez, eles não atendem. A não ser que ele esteja no cadastro aqui no posto, aí quando eles vêm pedir uma consulta... como se fosse uma troca de favores. Eles vêm pediu uma consulta, aí eu me apresento: “Oi, tudo bem? Eu sou a sua agente de saúde, posso ir na sua casa tal dia? Aí: “Pode.” Mas aquele paciente que a agente vai na casa dele, vai fazer um pré-cadastro, ou vai porque algum vizinho mandou ir, bater na porta. O médico não tem tempo de ir, o médico ou a enfermeira, ou outra pessoa técnica... não tem o tempo de todo dia largar a unidade três, quatro vezes e não ser atendido por aquela pessoa. A gente tem esse papel, né? De chegar, de estar forçando a pessoa, de trazer o conhecimento da história antes do médico chegar lá já saber da história daquela pessoa: “Olha, ela é nervosa, realmente você vai ter uma resistência lá, mas é porque ela passou por isso, por isso e por isso.” Entendeu? Acho que é... nós agentes de saúde somos a chave do... disse tudo. Lógico que a resolução é do médico. Que ele vai vir aqui e vai ser atendido pelo médico, mas nada seria, assim... nada seria concreto se não fosse a gente de ir lá, passar a história... às vezes o paciente vem aqui: “Ah, eu não estou conseguindo dormir.” “Ah, não está conseguindo dormir?” O médico, aí, vai e prescreve um remédio pro paciente. Aí, quando chega a história: “Ah, o remédio não está fazendo efeito.” “Ah, não está fazendo efeito por quê?” Aí o agente de saúde fala: “Ah, porque ela está numa situação assim, ela não come direito...” Ou: “Ela está sendo expulsa do aluguel... e etc e tal”, entendeu? Aí já começa a ser... O médico até conversa, né? “Ah, tá passando isso, isso e isso...”*

*É... Tinha uma senhora que ela não tinha uma dentição boa, né? Falei com a Dra e a Dra. ela tipo fez uma dietinha pra ela das coisas que ela podia... que era barata, entendeu? Pra ela começar a se alimentar porque ela tomava um remédio e o remédio deixava ela fraca e ela não tinha dinheiro pra comer. Aí ela foi e fez uma dietinha pra ela, pra ela comer e se alimentar assim... mandou ela comprar fibra e essas coisas... com o que ela tinha em casa, ela acrescentava aquilo. Ela melhorou bastante. Entendeu? Aí foi bem legal isso.*

**A equipe tem algum espaço reservado pra discutir esses casos que você acha importante?**

*Só na reunião, na reunião de equipe. [E vocês discutem?] Discutimos. A reunião é toda discussão. (Risos)*

**Quando você, então, identifica essa família, né?, ou pessoa que precisa de mais atenção, mais vulnerável, quais que são as ações que vocês tomam, assim?**

*Nós... aí... eu... eu verifico isso e passo na reunião de equipe. Aí geralmente quem vai é uma enfermeira ou um técnico, primeiramente, né? Ou às vezes até o médico mesmo quando tem uma visita domiciliar que, vamos supor, esteja tudo programado pra mim naquela semana. Vai lá e verifica se realmente... Aí conforme isso a gente discute novamente aquele caso e procura uma assistência social, ou o CRAS, ou o PADI e aí vai identificando e vai tentando solucionar pro paciente.*

**Você me contou alguns casos, né?, agora, assim... me falou dessa senhora que não estava comendo, dessa invasão... tem algum outro caso que você lembre assim?**

*Ah, tem muitos casos. (Risos) Tem um senhorzinho da minha área que ele é... ele tem uma situação de vida boa, tem dinheiro, tem um belo apartamento... assim, a filha dele também tem, o filho dele é maquiador e o genro... ele é homossexual, é um casal homossexual... e o genro dele trabalha no hospital da Santa Casa. Ele é técnico da Santa Casa, ele é tipo professor da Santa Casa. E essa senhora e ele moravam em Petrópolis, aí a filha casou e o marido não gostaram da sogra, não gostaram deles dentro de casa e mandaram ele pra cá. Compraram um apartamento pra eles no Catete, na Silveira Martins. Apartamento grandioso, luxuoso à beça e botaram eles lá, jogaram eles lá. Só que ela escorrega dentro de casa, porque ele ficou meio esquizofrênico. Ele vê mosquito em tudo quanto é lugar que ele [18'58"] – ÁUDIO INCOMPREENSÍVEL]. Você está conversando com ele e pula em cima você e fala que ele está vendo mosquito e joga o que tiver de perfume joga pela casa. Ela tem problema de diabetes, ele teve AVC e ela só anda segurando nas paredes. E ele urina no chão pra espantar os mosquitos, diz ele, e ela escorrega ali. E os filhos não podem... o filho é maquiador, vive fora, já botou uma pessoa pra ficar lá, só que eles ataca as pessoas e é um caso sério.*

*Isso é só um dos casos. Tem o caso da menininha. Tem o caso, também, de uma senhorinha que ela foi embora recentemente. Eu fui na casa dela. Veio um rapaz aqui, o porteiro, falou: "Olha, vai na casa dessa senhora, que ela fazia tratamento aqui, que eu lembro, mas ela não está bem." Aí eu fui. Quando eu cheguei lá. Assim que eu entrei na... eu ia até embora, falei: "Não vou poder ficar nesse emprego, é muito perigoso, eu tenho uma filha de 5 anos." Aí eu falei: "Meu Deus! Eu morro aí na mão desses pessoal." Que a gente entra na casa do paciente, né? Um cômodo fechado, a pessoa é louca e ela pode fazer o que ela quiser ali e pronto. A gente não tem força pra... ainda mais homem. Aí quando eu cheguei estava um gritaria bem forte, assim... aí eu bati na porta e aí vem a mãe desse menino... vem a mãe... a tia, ela já estava já com a sobrinha dentro de casa e o sobrinho, ela não estava mais sozinha, essa senhora. E gritando e ela gritando. Aí bati na porta aí a moça veio abrir. Aí quando abriu, o rapaz veio, tipo... 22 anos e também não parecia bem totalmente. "Entra aqui que eu quero falar com você, eu tô precisando de uma assistente social aqui porque... que vai acabar um caso de polícia... porque eu vou... eu vou acabar matando essa mulher, porque ela grita o tempo todo e ela quer permanecer com a minha mãe aqui e eu quero que a minha mãe vai embora..." e falando, falando, falando... e ela tentando tirar ela de perto de mim e ele: "Vai pra lá, vai pra lá..." Aí ela foi, até que... aí ele fechou a porta, ficou bem em cima da porta, me prendendo do lado de dentro, falando tudo o que eu tinha que fazer. "Não, tudo bem." Depois eu falei pra ele: "Eu não sou assistente social, eu sou profissional da saúde. Eu vim aqui pra verificar... pra ver a dona E", que seria ela, "Eu vim pra ver a dona E, não vim pra relatar nenhum caso que está acontecendo aqui, você pode ficar calmo e tal...". "Mas eu não tô fazendo [21'28"] – ÁUDIO INCOMPREENSÍVEL]" "Não, eu não vi você fazendo nada contra ela, mas você está nervoso." O fato de eu ter visto alguma coisa e eu relatar isso ele: "Não, não é isso...". Ele foi, se acalmou, me levou até ela. Quando eu cheguei até ela, ela estava chorando, dizendo que ele tinha batido nela, que ele tinha jogado o telefone nela. E, realmente, estava um telefone jogado no chão. Aí eu fui conversando com ela... "Não, eu só quero tratamento, porque eu tô aqui jogada... eu alugava aqui, eu vivia desse aluguel, esse apartamento é meu, mas eu alugava os quartos para as pessoas, só que eles vieram pra cá... ela é minha sobrinha, ela me trata bem, enquanto ele não me trata." Ele olhando pra ela e olhando pra mim. Eu: "Ai, meu Deus do céu, eu quero ir embora desse lugar." Aí ele: "Olha, você traz uma assistente social aqui." "Tá, tá bom, vou trazer, vou conversar com ela...". Acabei que estou indo lá quase todos os dias, até eu me tornar amiga de todo mundo, né? Dele eu não me tornei muito não. Depois ele foi embora, não conseguiu levar a mãe dele, aí ela ficou lá com a sobrinha. Só que depois ela foi ficando muito debilitada: ela ficava em pé, depois não estava mais ficando em pé. A gente levou os médicos lá, ela começou... ela já tinha o tratamento bom, de medicamento, mas a gente começou a assistir ela com o medicamento do posto. Quando sobrava dinheiro, pra ela fazia fisioterapia, essas outras coisas assim... Só que ela não teve um resultado bom. Ela começou a ter uns outros problemas. Aí eles levaram... depois eu fui fazer uma VD num outro mês lá e já tinha todo mundo ido embora. Aí a gente perdeu dela.*

**E tem algum outro caso que você lembre?**

*Tem. Tem muitos. (Risos). Tem muitos casos. Tem de uma senhorinha que ela tem câncer de... no nariz, aí agora ela fez uma operação conseguiu... ela só tinha só os dois buracos assim... sangrava muito... lá é muito calor, é um sobrado, e, com o calor, aquilo ali já estava sangrando a todo momento. Aí ela vinha aqui, aí a gente conseguiu... assim, fizemos uma vaquinha entre si pra comprar pra ela tomar uma medicação, porque a medicação que ela tomava pra dor... doía... que o posto fornece, não atenuava a dor dela. Ela ficava a noite todinha sem dormir, os vizinhos reclamavam. Aí já estava querendo... lá é um sobrado que alugaram só pra mulheres... aí a senhoria de lá já ia tirar ela de lá, porque ela não deixava ninguém dormir e tal... o pessoal, todo mundo reclamando... aí a gente fez uma vaquinha entre si pra comprar uma medicação até ela melhorar mais ou menos. Aí ela já fez uma... meio que uma plástica. Eles meio que puxaram o rosto dela e botaram aquele coisa e botaram só um burquinho pra respirar. Só que agora está passando pela parte de cima... está bem... bem debilitada.*

**No mesmo local tem uma senhora que ela é parcialmente cega, ela vive sozinha também... acho que ela enxerga 5%, se eu não me engano. Ela já é idosa, ela vive sozinha, as pessoas que ajudam ela.**

*Têm uma moça... que é uma única moça que tem um bebezinho, ela mora num quartinho... ela levanta, ela já tá na porta. Tem só uma cama de solteiro e as roupas ficam embaixo da cama. E ela fica ali. A filhinha é muito bem tratada, ela é bem limpinha [24'58'' – ÁUDIO INCOMPREENSÍVEL – 25'00'']. Ela falou que o marido dela foi pro Norte pra ver a mãe e não voltou. Deixou ela... faltava uma semana pra ela ter a bebê e ele foi embora. Ela estava sem emprego, sem nada. Aí ela já conseguiu ali e agora ela já está voltando a trabalhar. Falou pra mim que já está alugando um outro local pra bebê. E, assim, a gente ajuda ela também... a enfermeira tem uma bebezinha, aí dá as roupas pra ela, eu dou as roupinhas da minha filha também pra ela. Assim, o que a gente pode ajudar, a gente ajuda. Bem legal.*

*E tem os outros pacientes, os acamados que ficam jogados. A gente vai na casa, a gente vê que eles não são bem tratados. Ontem mesmo veio uma senhora aqui falar pra mim... pra mim interrogar uma moça que... ela tem uma casa, aqui no Catete, boa, tem uma situação financeira boa. Porém, os vizinhos já falou pra mim que ela dá banho no... bota ele do lado de fora da casa e dá banho nele, independentemente do tempo: se está chovendo ou não e ele fica gritando muito. Aí ela relatou pra mim que ela realmente fazia aquilo, mas que o médico dele tinha orientado... que é por causa da pneumonia. Aí eu levei a médica lá, né? A médica: "Olha, você não pode... pelo menos na friagem você dá banho nele dentro de casa." Mas mesmo assim, a cuidadora dele foi embora ontem, veio aqui me avisar que ela estava fazendo isso novamente, que botava sal na comida dele, entendeu? Que depois de seis horas da noite, ela não dava mais nenhuma alimentação pra ele. Ele só ia comer oito horas da manhã do outro dia. E ele é lúcido, ele só não anda, ele fala pouco, só se você perguntar assim, no ouvido dele, mas ele é lúcido. E ele não come, não come bem. E ela, assim, ela é cuidadora de gatos, ela tem mais de 35 gatos pela casa. Gato fica em cima dele, é um horror.*

*E tem os acamados que são bem tratados, né? Que a gente vê que as pessoas têm muito amor por eles. A gente fica até... eles também têm pela gente.*

**Tem mais alguma coisa que você queira acrescentar?**

*Não. Aqui o trabalho é bom. (Risos) Às vezes a gente não vê solução, mas é bem prazeroso. A gente tem muita história pra contar. Que é bom trabalhar na saúde da família.*

## **Entrevista 16**

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 24

**Tempo que trabalha como ACS:** 3 anos.

**Você mora no território onde você atua, né? Sim, sim... [Há quanto tempo?] 24 anos.**

**E antes de ser agente comunitária de saúde, você já trabalhou com alguma outra coisa? Já, já sim... eu já fui assistente administrativa numa empresa de convênios dentários, trabalhei lá por quatro anos desde os meus 16 anos, na verdade. Eu só saí porque ela foi transferida pra São Paulo e aí ela saiu daqui do Rio. E aí eu fiz o concurso. Tem uma prova pra poder vir pra cá, fui selecionada e aí eu vim pra cá, mas aí no momento eu não tava empregada.**

**E antes desse consultório você trabalhou como alguma coisa? Não. Eu fiz técnico de enfermagem, sou formada, porém eu não exerço mais essa função. [Você terminou o técnico de enfermagem, né?] Sim, sou formada. [Atualmente você está estudando alguma outra coisa?] Faço direito. [Está estudando, né?] Isso.**

**Como é sua rotina de trabalho?**

*Minha rotina de trabalho... então, a gente todo dia vem pra cá, tem vezes que eu fico no acolhimento, né? Os dias que eu fico no acolhimento, lógico, eu depois de cá eu vou pra minha área e é isso. Quando a gente não está aqui na unidade, ou a gente está fazendo visita domiciliar, na residência, lógico... na própria micro área, está fazendo grupo, essas coisas desempenhadas aqui pelo próprio sistema aqui, do posto.*

**Em relação às visitas domiciliares: como é que você programa as suas visitas?**

*As minhas visitas domiciliares são programadas diretamente com meus pacientes, alguns, nesses casos os acamados e as gestantes ou puericultura, com até 20 dias, eu ligo, marco e vou com a minha profissional, ou a enfermeira, ou a médica. Aí é feito todo o procedimento lá na casa do paciente... Depois a gente volta pra unidade, só é programado por ligação. [Você usa, por exemplo, tem alguma programação da semana, do mês ou no dia você... como é que você faz?] Como eu programo? [É, pra decidir em quem que você vai...] Ah sim, tem aquelas questões de vulnerabilidade também. Assim, eu dou mais atenção às pessoas que precisam mais: os acamados... tem alguns que já são certos. Por exemplo, vamos supor, eu vou em dois dependendo do horário dessa semana e na próxima terça-feira eu vou em três. E assim eu vou uma vez ao mês a cada paciente acamado com o profissional.*

**Você falou dos acamados, né?, assim... qual outro grupo você costuma priorizar nas visitas?**

*Priorizar? Tem as gestantes, tem os hipertensos, os diabéticos e as crianças menores de dois anos. Essa é nossa prioridade.*

**E fora essas prioridades que já são dadas assim, né? Que tem ficha B, tudo assim... Na sua opinião, existe algum outro grupo, algum outro tipo de pessoa que deveria ser priorizado também? Que talvez valesse à pena priorizar?**

*Saúde mental. A gente já tem um programa sobre saúde mental. Só que, assim, fazer a visita domiciliar, geralmente nem sempre é tão viável porque às vezes, mesmo sendo saúde mental, tem aquela necessidade do responsável em estar em outro lugar e precisa levar... então seria ideal que a gente fizesse um grupo, junto ao psicólogo ou psiquiatra pra essas pessoas que necessitam [De saúde mental, né?] Isso.*

**Você percebe... você já falou, né? Mas tem algumas perguntas que vão se repetir, né? pra você falar mais. Se existem famílias ou pessoas que precisam mais da atenção do agente comunitário do que outras?**

*Acho que todo mundo precisa, só que a gente não consegue acessar todos todos, porque tem... eu trabalho na... é no asfalto... existe a comunidade e o asfalto... o asfalto é de muito difícil acesso os não acamados, geralmente por causa disso, porque eles trabalham no mesmo horário que nós, aí a gente vai na casa do paciente e ele não está. Muitas vezes isso acontece. E às vezes ele está precisando de alguma coisa e a gente não consegue nem ele vir até nós, entendeu? Aí acaba tendo um desencontro e eu acho que seria muito viável ter alguma coisa pra eles. Mas seria mais no final de semana e final de semana a gente não trabalha, né?*

**E você percebe que tem algum grupo que precisa mais assim, tipo... entre os pacientes que você mais visita, você percebe que tem alguns que precisam mais de você do que outros?**

*Sim. Sim. A gente dá mais atenção justamente esses que eu já falei, os acamados, assim como TB, tuberculose, precisa muito. Entendeu? A gente tem que fazer o contato com a família inteira e a gente também nunca consegue. Esses, então, precisam, necessitam de atenção mais que os outros. Devido à vulnerabilidade, né, da doença.*

**Tem alguma outra coisa que você perceba que te chame a atenção pra você quando vai fazer a visita assim e percebe: “Ah, essa pessoa vai precisar de mim aqui”, entendeu? Fora o acamado.**

*Sim, tem. Muita gente. [Que que você costuma, assim, prestar atenção, assim, que te chama a atenção e você percebe que talvez aquilo vá precisar de mais, assim?] Não chama nem a questão da doença em si, é mais o lugar, entendeu? E assim, vamos supor, tem muita... apesar de ser asfalto, eu vou em muito lugar como se fosse um cortiço. E lá a gente vê que tem aquela necessidade da saúde, né? Porque tem muita coisa exposta. Essa questão da escabiose. Escabiose o nome da doença, de cachorro. E as pessoas não têm... não é que elas não tenham acesso, é que elas não vêm pro posto procurar. E eu acho que essas pessoas precisam muito, muito, muito... mais essa necessidade... do lugar, da localidade... tem as pessoas também que é usuário de drogas, muita coisa assim em volta. [Usuário de drogas tem muito também na sua área?] Muito. Não é uma coisa exposta, mas tem, eu sei que tem. Por que? Como eu moro na região, eu conheço. Então, tem. E a gente tem também a redução de danos, né? [Como é que vocês fazem?] Redução de danos é um curso... eu já fiz o curso de redução de danos, que a gente vai pra poder ajudar as pessoas que querem... ah, droga, pensa, mas não consegue. Aí a gente vai mais como se fosse um grupo, também, para as pessoas poderem ter acesso, poderem largar o vício, né? Só que aí é muito difícil, né? Muito difícil. [Você já conseguiu botar na prática alguma vez?] Ainda não. Minto, já consegui sim. Uma, que era minha gestante, e era um caso praticamente perdido e nós conseguimos trazer ela. Porque ela tinha várias doenças, a gente... vamos supor... a gente conseguia ir na casa dela e achava ela, porque ela ficava uma semana fora de casa e aí quando a gente conseguia chegar lá, ela estava com piolho, toda suja, estava magra porque não comia, só usava drogas, usava crack e estava grávida. Então tem a questão do neném. Então eu precisava estar lá, o fato dela estar gestante... também o fato dela usar droga, só que a gente chegou lá exatamente porque ela estava gestante. Aí a gente foi focando, perguntando se ela queria internar... ela queria, mas tinha que ser uma coisa assim meio imediata, tinha que ser internação na hora, e assim não dava pra ser. E*

*então, por exemplo, a gente não conseguia, depois a gente voltava lá pra internar e ela não queria mais. E isso acontecia sempre, repetidamente. Até que a neném nasceu e graças a Deus ela não usa mais. Nem se ausenta de casa, não fica fora... não usa. Mas tinha que ficar lá constante. Era constante a gente ir lá. Eu ia lá toda semana. Mais ou menos duas vezes ao mês... toda semana eu ia lá na casa dela. [E aí conseguiu...] Graças a Deus. [Que bom!]*

**E o que que você, assim... eu te perguntei como que você reconhece os que mais precisam de você, né? Você falou que também tem a questão da moradia, né? Alguma outra coisa assim que você costuma perceber?**

*Não. A não ser esse lance das drogas.*

**E o que que você entende quando a gente fala assim... pra você, tá?... o que é uma família, uma pessoa vulnerável?**

*Uma pessoa vulnerável? [É. Pra você, assim...] Tá, pra mim... uma pessoa vulnerável é aquela pessoa que, vamos supor, é essa questão da escabiose que eu falei. Com relação a isso ela está... eu entendo que ela está vulnerável a ter a doença, né? Por causa do cachorro que não é tratado... essas coisas assim ajuda a ser vulnerável a ter a doença, entendeu?*

**Você já começou trabalhando no asfalto ou você já chegou a trabalhar no...**

*Só no asfalto. Eu só vim pra trabalhar no asfalto. Porque na comunidade era preenchido.*

**Qual que é assim, na sua opinião, a importância... existe importância do agente comunitário na identificação dessas pessoas assim? [Na identificação das pessoas?] Isso, que precisam mais, assim. Identificação dessas pessoas mais vulneráveis.**

*Sim, sim... Principalmente no início da estratégia. Vamos supor, assim que eu fui contratada, a gente um processo de cadastramento. Esse processo, ele é muito importante por isso, pra gente poder ver que realmente aquela pessoa precisa. Então a gente vai na casa... a gente está dentro da casa da pessoa, a gente está vendo o que ela precisa, o que ela não precisa... se ela está vulnerável a alguma coisa ou não, entendeu? Do acesso dela à saúde, se ela se importa, essas coisas todas. Ela fala também da doença... Então, assim, a gente acaba conhecendo, às vezes até mais. E eu acho muito importante.*

**E a equipe tem algum espaço pra vocês discutirem esses casos?**

*Tem, na reunião de equipe. [E você discute...?] Sim, todos os casos são discutidos na reunião de equipe.*

**Quais ações que são propostas, assim? Você lembra de algum caso que vocês discutiram e aí... Você falou dessa gestante, por exemplo, né? [Tuberculose...] Você lembra de algum outro caso, assim, que você possa exemplificar, que tenha precisado da atuação da equipe como um todo...?**

*Então, recentemente, teve um caso de um senhor que ele é cadeirante, o agente de saúde dele estava de férias e estava com tuberculose. [Peraí, o agente estava com tuberculose, o ACS ou o cadeirante?] O cadeirante, o paciente. E aí a gente... a gente não tinha assistência, lógico. O agente de saúde estava de férias. Então era um caso novo, que a gente quase não tem tuberculose mais, graças a Deus. E aí... era um cadeirante e a gente precisou ter que... a gente precisou se manifestar a respeito, porque ele não tinha... e parecia que já vinha de muito tempo já... pra poder fazer a internação, diagnóstico, tudo... até fazer isso tudo... é o caso mais recente que a gente tem, esse, da tuberculose. Aí a gente teve que pegar todas as pessoas que moram com ele, ele mora num lugar pequeno e aí são várias outras pessoas que são contato... têm contato com ele. [E ele é cadeirante, ele acessava aqui ou não?] Não, não acessava. [E como é que ele descobriu que ele estava com tuberculose?] Ele veio... a irmã trouxe. A irmã que mora com ele trouxe ele até aqui. Aí foi quando nós fizemos o cadastro... aí como ele já estava aqui, nós já procuramos fazer tudo aqui, entendeu? Ele... acho que não tem a necessidade da gente fazer... a gente ir todos os dias, mas deixou alguma coisa especificada que eu não lembro agora... mas uma vez por semana o agente de saúde vai lá. Foi o que foi acordado. Pra poder fazer a medicação. [Ele está tratando, então?] Graças a Deus.*

**[Você lembra de algum outro caso assim seu, ou mesmo da equipe que tenha sido mais difícil...] O mais difícil foi essa gestante, o mais difícil foi ela. Outro não teve, graças a Deus não teve. Há muitas resistências.**

**Você acha que o perfil das pessoas da sua micro área é diferente do perfil das pessoas da comunidade? Você encontra outras condições que talvez de vulnerabilidade você não encontraria na comunidade?**

*Então, eu descobri muito no asfalto, que as pessoas... elas... a saúde mental delas é uma coisa assim, absurda... que você olha pra pessoa e você não vê. Mas depois quando ela vai informando a respeito do problema que ela tem, você vê, porque a maioria... nós... eu falo sobre a minha equipe... a maioria que a gente tem é saúde mental. [É?] A grande maioria é saúde mental. E isso basicamente não tem na comunidade. Não vou dizer que não tem, é 0%, tem, mas é muito pouco com relação ao que tem no asfalto... muito... é um número, assim, exorbitante. [É?]*

**E principalmente o quê?** *Depressão. As pessoas que já tiveram condição e hoje em dia não tem mais. A maioria é isso... “Ah, porque eu já tive “dinheirasso”, eu já tive, filha, eu já tive condição. Eu acho que elas... eu acho que elas se veem de uma forma menosprezada, por estar usando o sistema único de saúde. Por já ter [tido] um plano de saúde, por já ter condição, enfim, várias outras coisas. E isso, pra mim, é o que mexe mais com elas. E a maior queixa também que tem.*

**Tem alguma outra coisa que você queira compartilhar? Acrescentar alguma coisa que eu não perguntei? Falar de algum outro caso que você lembre...**

*Ainda não. (Risos)*

## Entrevista 17

**Sexo:** *Masculino*

**Idade:** *33*

**Tempo que trabalha como ACS:** *3 anos.*

**Você mora no território onde você atua, né?** *Sim. [E sempre morou?] Sim.*

**Já trabalhou com alguma coisa antes de ser agente comunitário?** *Sim. [Trabalhava com o quê?] Trabalhava com... meu primeiro emprego foi como orientador de tráfico da CET-Rio, trabalhei como atendente em lanchonete, trabalhei como entregador, trabalhei como vendedor de material de construção, trabalhei como ajudante de pedreiro, já fui dono de bar e atualmente eu sou agente de saúde.*

**Está estudando atualmente?** *Sim. [Está estudando o quê?] Eu faço curso de inglês e estou terminando o ensino médio.*

**Me conta um pouquinho como é sua rotina de trabalho?**

*Bom... minha rotina de trabalho... vou tentar exemplificar ao máximo possível. Eu chego às 8h, geralmente eu chego às 8h, a não ser quando tenha acolhimento noturno, bato ponto, vou pro Vita Care, vejo as visitas domiciliares que eu tenha agendadas e faço essas visitas, intervalo do almoço vou almoçar, retorno, vejo as outras visitas que têm pro turno da tarde e retorno pra unidade pra encerrar.*

**E como é que você programa essas visitas?**

*Eu programo elas de acordo com a necessidade dos pacientes. Mais pela necessidade. Os pacientes que têm mais necessidade, os que procuram, os que trazem demanda, é o que eu vou primeiro. E depois, depois que eu atendo esse público que tem mais necessidade, eu vou vendo os que têm mais tempo sem visita. É assim que eu vou fazendo.*

*Tem uns, assim, que eu visito sempre. São os hipertensos, os diabéticos, as crianças e os idosos. Depois deles é que eu vou fazendo esses que buscam. Sempre eu costumo fazer nos primeiros três dias do mês que eu faço, que eu tenho poucos hipertensos, diabéticos, poucas crianças... eu faço isso logo em três dias e depois eu vou fazendo o restante. Os acamados, que tem que sempre procurar. A gente discute em reunião, aí eu vou primeira na residência ver a necessidade do paciente, trago essa condição na reunião, aí o médico avalia, depois a gente faz uma visita técnica com os médicos ou, no caso, os enfermeiros, dependendo da necessidade do paciente. [Assim, a questão da sua agenda de quem você vai visitar naquele dia, de quem você vai visitar na semana que vem é você mesmo que organiza?] *Eu mesmo que organizo isso.**

**E aí você falou, né?, desses grupos que você visita mais, que é o hipertenso, diabético, né? Na sua opinião, quais são os outros grupos que são priorizados?**

*Os hipertensos, os diabéticos, as crianças, os idosos e os acamados. Terminando isso, eu vejo os que tiveram consulta mais distante e vou atualizando. Isso eu faço um... eu tenho uma tabela – essa tabela fica até em casa no meu notebook. Eu vou olhando lá. [E você quem fez essa tabela?] *Eu mesmo que fiz. [Você optou por começar a usar pra questão de organização sua?] Isso.**

**E na sua opinião, assim, fora esses grupos que é dado, que tem que ser visitado, que é gestante... que tem Ficha B, tudo... diabético, hipertenso... na sua opinião, existe algum outro grupo, algum outro tipo de condição que se a pessoa tiver, seria interessante ser priorizado também?**

*Assim, eu acredito até que tenha. Mas, assim, eu ainda não parei pra observar isso com muita atenção. Mas eu acredito que tenha sim.*

**A sua área é asfalto ou comunidade?**

*É asfalto. [Você já entrou trabalhando no asfalto, né?] Isso. [E você mora na comunidade?] Moro na comunidade.*

**E você acha que vendo os seus colegas de equipe, assim, e tudo... você acha que é muito diferente o perfil do paciente... [Sim.] É? Por que?**

*Assim, observando bem de perto, parece que o pessoal da comunidade tem necessidade maior de acolhimento. E o pessoal aqui do asfalto tem uma organização maior, tem interesse, tem um cuidado maior com a saúde. Parece, não estou dizendo que seja. [É a sua percepção que eu quero saber mesmo.] Eu acredito que seja isso. Parece que a comunidade tem uma necessidade maior. Não sei se porquê muitos daqui tem planos... não sei, não sei exatamente o que é, mas tenho essa ligeira impressão.*

**E falando agora dos seus pacientes, da sua área: tem famílias, pessoas que precisam mais da sua atenção do que outras?**

*Sim, sim... [Por exemplo?] Você quer que eu cite o quê, paciente? [É. Pode ser. Dar exemplo de famílias que você tem que precisa mais de atenção, precisa de um cuidado maior...] É... eu tenho uns pacientes sim, mas eu não gosto muito de comentar não. [Tá. Tudo bem.]*

**E como que você reconhece os que mais precisam de você? O que te chama atenção que vai precisar mais de você?**

*Geralmente esses casos, assim, que o paciente precisa mais, geralmente eles são encaminhados por outros pacientes. Colegas, vizinhos que... “Tem um colega meu, um vizinho que está precisando disso...” A partir desse ponto é que eu começo a observar e vejo que aquele paciente tem a necessidade mais que os outros. As vezes eles, na maioria dos casos, assim, no primeiro contato eles não dizem, mas chega lá e às vezes está desempregado, tem caso de alcoolismo na família... e geralmente, assim, a família é muito grande pra um espaço pequeno. O apartamento às vezes tem um quarto e um banheiro e às vezes tem seis pessoas. O convívio é muito complicado. Aí, a partir dessa primeira visita é que eu vejo que ali eu vou ter um pouquinho de trabalho. Mas sempre vindo de um terceiro. Eu nunca consigo identificar essa pessoa, por exemplo, quando ela vem aqui. Quando ela vem aqui, geralmente, ela não fala logo de início. Aí o vizinho vai e fala: “Ó, o ‘fulano’ está precisando...”. Aí quando chega na casa que eles começam a desabafar, por pra fora, a gente... [Entendi. Pra você ter entrada, acaba sendo por um... alguém que...] É, por um terceiro.*

**O que que você entende, assim, pra você, na sua opinião, na sua concepção, o que seria uma família vulnerável, uma pessoa vulnerável?**

*Seria uma pessoa que não teria condições financeiras, que vivessem em áreas... não vou dizer nem como a comunidade, porque a comunidade hoje está bem organizada, mas que vivessem, assim, como eu citei agora, em quartos bem pequenos, com muitas pessoas juntas, famílias numerosas, com crianças, sem condição de se sustentar, em locais precários – como a gente tem na nossa microárea, casarões que têm muita gente –, tem esgoto a céu aberto, tem lixo pelas calçadas, na rua, até perto de casa mesmo, perto da entrada de casa mesmo. Se não me vem à memória agora... muita coisa assim pra falar. Mas, assim, pra mim é mais ou menos isso aí, essas condições.*

**Qual é o papel do agente comunitário na identificação dessas famílias, dessas pessoas que precisam mais?**

*Isso no meu ponto de vista? [Isso.] O papel do agente, na minha concepção, é observar quanto a essas condições como eu citei agora de... muitas vezes desemprego, desinformação a respeito dos serviços que a CMS oferece, orientar essas pessoas pra que procurem o serviço... o que mais... [Você acha importante a figura do agente comunitário?] Ah, eu acho muito importante. Muitas das vezes, assim, só pelo fato de ser alguém da comunidade, conhecido por eles, eles... como eu posso te dizer...? Parece que eles têm... a gente tem uma facilidade maior pra lidar com eles por ser conhecido. Eles têm... parece que uma confiança maior, não sei se um estranho teria, mas eu acho que o papel do agente é fundamental nesses casos. Têm muitos casos que o paciente não quer vim, não quer vim e a gente, por se tratar de um conhecido, a gente consegue convencer, eles ficam mais maleáveis a aceitar o serviço quando tem o agente.*

**Vocês têm algum espaço na equipe pra discutir os casos?**

*Tem, na reunião de equipe. [E aí vocês discutem... funciona bem?] Funciona, sempre funciona. Os casos mais graves sempre têm prioridade, os outros, a gente já discutindo na reunião, adia, vê a necessidade, às vezes vai lá mais uma vez, traz novamente... e sempre são atendidos os casos que têm maior prioridade, os pacientes que têm maior necessidade.*

**Você lembra de algum caso, assim, não necessariamente seu, pode ser da equipe também e que teve uma mobilização maior para ter que resolver a situação, onde precisou, de repente, ter que acionar outros setores, um caso que tenha te marcado mais...?**

*Sim, tem... tem muito tempo que eu estou fora... estou meio... estou voltando agora de férias, mas tem alguns casos sim, só que eu não me lembro muito bem. Eu tenho um paciente, o Sr. J. Ele é paciente psiquiátrico, morava com a família... ele perdeu a mãe há uns 15 anos atrás e uma família que morava no mesmo prédio que ele... essa família... uma senhora trabalhava de doméstica na casa do Sr. J. E quando a mãe do Sr. J morreu, essa empregada ficou tomando conta dele. Um grupo de amigos resolveu ajudar, discutiram entre si e resolveram que ela moraria lá com ele. Aí ela passou lá cerca de 5 anos morando nesse apartamento. Trouxe esposo, filhos... morou lá junto com ele e eu acho que, se eu não me engano ano passado... ano passado mesmo... em abril ela foi embora e o Sr. J ficou sozinho. A gente já prestava atendimento pra ele, só que quando ela foi embora a situação se complicou, porque o paciente psiquiátrico sozinho é complicado... o Sr. J ficou doente, a gente teve que fazer contato com o serviço social fora daqui. Procuramos atendimento lá no Pinel pra ele, internação... Eu não me lembro muito, eu me lembro pouco, mas a gente teve que acionar muitos outros serviços fora. [Tem algum outro caso que tenha te marcado mais?] Ah, sempre tem! A gente se apega a muitos pacientes. A gente vê a condição e se apega, mas assim... Além desse caso não teve um outro muito marcante. O Sr. J marcou muito porque, assim, a gente vê a vulnerabilidade dele, ele ficava lá, não sabia se cuidar sozinho. Ele tomava banho e não conseguia se secar, acho que não queria, não sei... Não tomava banho direito. Chegava lá e ele estava todo machucado, ferido... Foi um dos casos que mais me marcou foi o do Sr. J. Meu. Tem muitos outros dos colegas que a gente presenciou. Mas pra mim, caso meu, foi o do Sr. J..*

**Tem alguma outra coisa que você queria acrescentar? Alguma coisa que você queira falar sobre o tema?**

*Não, não...*

